

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

**CATARINA RAÍSSA MOURA DE FARIAS**

**AS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA VISITA ABERTA E O DIREITO DO  
PACIENTE AO ACOMPANHANTE EM UNIDADES HOSPITALARES DE ACORDO  
COM A POLÍTICA HUMANIZASUS**

**BRASÍLIA – DF  
2016**

**CATARINA RAÍSSA MOURA DE FARIAS**

**AS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA VISITA ABERTA E O DIREITO DO  
PACIENTE AO ACOMPANHANTE EM UNIDADES HOSPITALARES  
DE ACORDO COM A POLÍTICA HUMANIZASUS**

Monografia apresentada ao  
Departamento de Serviço Social (SER)  
da Universidade de Brasília (UnB),  
como requisito para aprovação na  
disciplina Trabalho de Conclusão de  
Curso (SER-136654).

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Marlene de Jesus  
Silva Santos

**BRASÍLIA – DF  
2016**

**CATARINA RAÍSSA MOURA DE FARIAS**

**AS CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA VISITA ABERTA E O DIREITO DO  
PACIENTE AO ACOMPANHANTE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR  
DE ACORDO COM A POLÍTICA HUMANIZASUS**

Monografia apresentada ao  
Departamento de Serviço Social (SER)  
da Universidade de Brasília (UnB),  
como requisito para aprovação na  
disciplina Trabalho de Conclusão de  
Curso (SER-136654).

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Marlene de Jesus Silva Santos

Professora Ms. em Serviço Social – UnB (Orientadora)

---

Patrícia Pinheiro

Professora. Dr<sup>a</sup>. Em Serviço Social – UnB (Examinador)

---

Núbia Rocha Vieira

Assistente Social Supervisora de Campo (Examinadora)

## **DEDICATÓRIA**

*Em memória de Jorge Gilson Pereira de  
Farias*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por está zelando por mim. Agradeço por me mostrar que sou protegida, guiada e iluminada pela sua presença. Por me dar abrigo na tempestade, por endireitar o que está torto, por criar saídas onde parecia não haver escapatória. Numa palavra, agradeço a Ele por ter me escolhido para nascer nesta família.

Quero agradecer a minha mãe, Sônia, por sempre ter exigido muito de mim e não haver desistido nas minhas dificuldades. Por ser amiga até quando eu não queria e por ter-me feito andar na linha. Ao meu pai, Erasmo, por ser crítico, político, mostrar-me a seriedade e nobreza do ser humano. Ao meu irmão, Pedro, um ano mais novo que eu, por ser tão inteligente e exemplo em excelência, porque quando andamos com os melhores, tendemos a ser iguais ou parecidos em excelência.

Amo muito vocês. Não sei o que seria sem vocês e, sou o que sou, por vocês. Apesar de nossas diferenças vocês nunca deixaram de me apoiar. Sempre deixaram de lado qualquer desavença e foram lá me ajudar. Hoje quero agradecer por tudo que já fizeram e dizer o quanto são especiais para mim.

A todos os meus antigos e novos amigos, por participarem dos meus melhores e piores momentos, por me tirarem de casa, pelas risadas e por me mostrarem que sou tão querida.

Agradeço à Universidade de Brasília, por haver sido e ainda ser uma universidade tão criativa, política, aconchegante, por ter grande diversidade de pessoas e pensamentos. Por ser um espaço de discussão, de aprendizado, de descobrimento e criatividade, por cantinho com poemas e significados, por aula frequentada, por cada sala e suas intervenções nas poéticas cotidianas. Enfim, por haver aberto tantas portas e oportunidades que me fizeram refletir tanto.

Agradeço a todas as professoras e professores que proporcionaram o conhecimento, não apenas racional e crítico, como também a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. Os seus ensinamentos foram muito além dos conteúdos do currículo, aproximando-me da lição que aprender é um exercício diário, em que pese a máxima de o conhecimento e os paradigmas são construídos e desconstruídos.

A minha orientadora e supervisora de estágio, pelo empenho dedicado às receptivas conversas que abrangeram a elaboração deste trabalho de conclusão de curso.

Há pessoas que marcam a nossa vida, que despertam algo especial em nós, que abrem nossos olhos de modo irreversível e transformam a nossa maneira de ver o mundo.

A todos que, direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## EPÍGRAFE

*Alegria, alegria a gente inventa  
ensinando e aprendendo partilhando e  
convivendo Sendo, sabendo e  
querendo humanização na saúde.  
Educação popular educação  
permanente constrói-se com  
movimento sensibilizando a todos. Para  
viver um novo tempo é missão de todos  
nos ensinar e aprender gestores e  
formadores interagem com o saber. Os  
povos dos territórios participam pra  
valer trabalhador solidário cresce e  
ajuda a crescer novo tempo nova  
escola nova metodologia é o processo  
da saúde construindo com alegria é a  
participação gerando democracia novo  
tempo é isso aí é a gente acontecendo  
É a construção coletiva que vai se  
fortalecendo o prazer de construir  
Saúde para o bem viver e nessa escola  
neste caminho Passo a passo a gente  
vai vivendo amando e aprendendo.*

*(Elias J. Silva)*

## RESUMO

A reforma sanitária mudou a forma de enxergar a saúde, abrangendo os determinantes sociais no processo de saúde e doença. O SUS tem como objetivo a atenção básica integral e a participação comunitária, na gestão e no controle social. Historicamente, relações burocráticas e impessoais dão atenção à doença e não à pessoa doente. A 9ª conferência Nacional de Saúde discute a humanização na saúde. Em 2004, instituiu-se a Política Nacional de Humanização no SUS, de forma transversal. Entre as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) estão a presença do acompanhante e a visita aberta com o intuito de promover a atenção integral à pessoa hospitalizada. Tomando-se como referência a PNH, o principal objetivo deste trabalho é o de conhecer as condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS. Assim, verifica-se como se estabelece o espaço de visitas nos hospitais, como forma de desenvolver estratégias integrais de acolhimento nesse contexto. A abordagem metodológica utilizada foi a de questionários online, realizada por meio de pesquisas descritivas a partir de dados quantitativos obtidos por meio da aplicação de questionários contendo questões fechadas e pesquisa qualitativa que incluiu análise documental, observações livres e realização de entrevistas estruturadas. A maioria dos acompanhantes entrevistados, pertence ao sexo feminino, sendo composta por mulheres adultas e jovens. Ficou evidente que, embora a presença do acompanhante seja constante no espaço hospitalar, faltam, ainda, políticas específicas à orientação e definição do seu papel nesse contexto. Cabe, portanto, aos gestores e profissionais de saúde trabalhar no sentido de construir políticas específicas que contemplem o papel do acompanhante e a inclusão de visitas abertas conforme o preconizado pela PNH. Nessa perspectiva, observa-se uma reflexão crítica no projeto ético-político na participação do assistente social na implementação da PNH, na intervenção pela experiência dos profissionais da saúde com o trabalho interdisciplinar e com a abordagem socioeducativa. Nesse sentido, o desafio da humanização na saúde é a criação de uma nova mentalidade e atendimento na construção coletiva do SUS.

**Palavras chaves:** Sistema Único de Saúde; Humanização; Política de saúde; Serviço social.



## **ABSTRACT**

The sanitary reform has changed the way we look at health, including social determinants in wellness process. The SUS (Unified Health System) aims at full basic healthcare and community participation, in social management. Historically, bureaucratic and impersonal relations give focus to the disease and not the patient. The 9th National Conference of Health discusses the humanization in the health system and, in 2004, it established the National Humanization Policy within the SUS transversely. Among the guidelines of the National Humanization Policy (PNH) are the presence of a companion and the open visit, aiming at promoting comprehensive care for the hospitalized person. Taking as a reference the PNH, the main goal of this study is to know the conditions and characteristics of the open visit and the rights of the companion in a hospital according to the HumanizaSUS policy. Thus, it checks how to establish the visitation spaces in hospitals, as a means of developing strategies for reception in this context. The methodological approach used was the online survey, conducted by means of descriptive research from quantitative data obtained by questionnaires composed of closed questions and qualitative research, including documental analysis, free observation and conducting structured interviews. The majority of the companions is female, consisting of women and young adults. It became evident that, although the companion's presence is constant within the hospital environment, there's a lack of specific policies for their guidance and definition regarding their role in this context. It is, therefore, up to the health managers and the health professionals to work in order to build specific policies that address the role of the companion and the inclusion of open visits as recommended by the PNH. In this perspective, it can be observed a critical reflection on the ethical-political project towards the participation of social workers in the implementation of the PNH, in the intervention by the experience of health professionals with the interdisciplinary work and the socio-educational approach. In this sense, the challenge of the humanization of health care is a creation of a new mindset and treatment in the collective construction of SUS.

**Key words:** Unified Health System; Humanization; Health policy; Social service.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar.
CF	Constituição Federal 1988.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.
CPA	Centro de Pronto Atendimento.
LOS	Lei Orgânica da Saúde.
NHP	National Humanization Policy
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
PNH	Política Nacional de Humanização.
SILOS	Sistemas Locais de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo dos acompanhantes.....	61
Gráfico 2 – Faixa etária dos acompanhantes.....	62
Gráfico 3 – Escolaridade.....	63
Gráfico 4 – Acompanhantes em hospitais públicos ou privados.....	63
Gráfico 5 – Habitação.....	63
Gráfico 6 – Localidade do hospital.....	64
Gráfico 7 – Renda Familiar.....	64
Gráfico 8 – Relação entre acompanhante e hospitalizado.....	65
Gráfico 9 – Condições do internado hospitalar.....	65
Gráfico 10 – Área Hospitalar .....	66
Gráfico 11 – Tempo, em horas, que o acompanhante passava com o hospitalizado .....	66
Gráfico 12 – Número de vezes que o acompanhante visitou o hospitalizado.....	67
Gráfico 13 – Avaliação da relevância do acompanhamento hospitalar.....	68
Gráfico 14 – Avaliação das instalações e condições ambientais dos hospitais, de acordo com os acompanhantes entrevistados.....	70

## **LISTA DE TABELAS**

Quadro 1 – Promoção da Saúde no Brasil : Breve cronograma.....	31
Quadro 2 – Avaliação dos acompanhantes sobre a qualidade do atendimento 2015.....	71

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	20
Figura 2 – Composição do consolidado final dos resultados da pesquisa.....	58

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 – O SURGIMENTO DO SUS .....	18
1.1 Contextualizações da política do Sistema Único de Saúde .....	18
1.2. Sistema Único de Saúde: estrutura segundo a legislação .....	24
1.3. Conselho Nacional de Saúde .....	28
CAPÍTULO 2 – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE .....	30
2.1. Humanização da Saúde.....	30
2.2. HumanizaSUS .....	35
CAPÍTULO 3 – ACOMPANHANTE, VISITA ABERTA E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	38
3.1. Acompanhante .....	39
3.2. Visita aberta.....	40
3.3. Paciente e laços com a sociedade .....	41
CAPÍTULO 4 – O DIREITO AO ACOMPANHANTE PELAS LEGISLAÇÕES .....	43
4.1 Casos Específicos .....	45
4.1.1. Crianças e Adolescentes segundo o ECA.....	45
4.1.2. Parturientes .....	45
4.1.3 Idoso segundo o Estatuto do Idoso .....	46
CAPÍTULO 5 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE .....	50
CAPÍTULO 6 – TRIANGULAÇÕES DOS DADOS .....	56
6.1. Metodologia.....	56
6.2. Avaliações dos questionários.....	58
6.3 Perfil dos entrevistados.....	60
CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
APÊNDICE .....	77

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) instaurou-se no Brasil em 2003, com a finalidade de aprimorar os serviços de saúde em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela incentiva a humanização, criação de condições mais humanas e melhores para os trabalhadores ou usuários do Sistema Único de Saúde, em trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, tendo como objetivo efetivar os princípios do SUS nas práticas de gestão e de atenção para qualificar a saúde pública no Brasil, será amplamente abordado no segundo capítulo deste trabalho.

Entre as diretrizes compostas pelo HumanizaSUS estão a presença do acompanhante e o direito à visita aberta como dispositivos para promover a saúde<sup>1</sup>. Visa-se à autonomia do sujeito, garantindo o elo entre indivíduo e sua rede social e familiar para com os serviços da saúde e atenção integral ao hospitalizado.

Motivada pelo HumanizaSUS, embasam-se as definições do acompanhante e da visita aberta como vinculados à rede social da pessoa internada que a acompanha de forma parcial ou integral durante a sua permanência nos ambientes de assistência à saúde.

A organização dos horários de visitas e a presença do acompanhante junto ao usuário são estratégias utilizadas para minimizar os efeitos emocionais negativos da internação. Isso contribui para o fortalecimento do núcleo familiar e social das pessoas internadas, uma vez que o paciente está em outra realidade, que o exclui da oportunidade de conviver e de encontrar-se com pessoas do seu âmbito social. Além disso, essas estratégias aproximam do internado o contato com o mundo externo, em que pese o recebimento de notícias de seu lar e da comunidade.

O principal objetivo desta pesquisa é o de analisar as condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar, de acordo com política HumanizaSUS. Na visão dos cidadãos e dos usuários, tal política tenta conhecer a atenção destinada aos acompanhantes, assim como verificar como se estabelecem os espaços de visitas nos hospitais vinculados ao SUS e de que forma esse processo poderá refletir no fortalecimento Ético-Político do assistente social. O foco é, portanto, a apresentação de discussões sobre a temática “acompanhante e visita aberta”.

1 Ver cartilha sobre HumanizaSUS, acompanhante e visita aberta em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/humanizaus\\_visita\\_aberta\\_direito\\_acompanhante\\_0.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/humanizaus_visita_aberta_direito_acompanhante_0.pdf)>. Acesso em 17 fev. 2016.

Contribui-se, assim, à implementação de mudanças estratégicas que auxiliarão na fixação de conhecimento sobre os direitos do paciente quanto ao acompanhamento na responsabilidade social, o que é essencial ao HumanizaSUS.

Este estudo é resultado de uma trajetória acadêmica profissional, trilhada na graduação, por meio das disciplinas obrigatórias de “Estágio em Serviço Social 1” e “Estágio em Serviço Social 2”, em que foram desenvolvidas atividades na área da emergência hospitalar (pronto-socorro, Centro de Pronto Atendimento – CPA), entre 2014 e 2015 em um hospital público de Brasília. A partir da vivência acadêmica, houve uma provocação reflexiva em, verificar como vem se configurando essa aproximação do Serviço Social diante da humanização em instituições hospitalares.

Após a reforma e mudança de local e de estrutura do pronto-socorro houve, também, mudança de acomodações dos pacientes. Durante essa transição, foram observadas, junto à equipe de profissionais em Serviço Social, dificuldades entre o processo interpessoal nas definições do papel do acompanhante e da visita, devido às normas e rotinas, incluindo horários, visitas restritas e dificuldades logísticas estruturais do hospital como a planta física do hospital, quanto nos espaços e acomodações inadequadas às permanências do acompanhante e da presença da rede social para a pessoa hospitalizada.

Após demandas na área do Serviço Social, observaram-se transgressões ao direito do acompanhante. Destaca-se, pois, o papel fundamental do Serviço Social no processo de escuta e informação, com o dever perante a humanização nos serviços prestados e a instauração do acompanhante no hospital para a efetivação dos direitos dos internos. Foram identificadas dificuldades em suas formas de enfrentamento o que fez com que a equipe desenvolvesse um pensamento crítico sobre a importância do acompanhante.

Depois de viver esta experiência veio o interesse pelo tema que resultou nesta pesquisa, realizada por meio de entrevistas com acompanhantes por meio de questionário *online* em que constam questões relativas a práticas e condições de espaços para acompanhantes. Apresentam-se as seguintes etapas metodológicas: 1) análise documental acerca dos assuntos acompanhantes e visita aberta; 2) realização de entrevistas e transcrição das mesmas; 3) análise qualitativa e quantitativa dos dados coletados.

As entrevistas foram realizadas via *internet*, apresentando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, além de conter os objetivos, a metodologia, os riscos e os benefícios da pesquisa, é um documento que informa e



esclarece sobre a voluntariedade, com a devida anuência dos entrevistados. Garante-se o anonimato dos interlocutores, preservando as identidades dos participantes, bem como mostra-se onde a pesquisa foi realizada, para assim evitar preconceitos, estigmas e estereótipos. O trabalho utiliza-se de ferramentas para a documentação de dados, análise bibliográfica e a observação intensiva livre, por meio do uso de questionários em que são abordados aspectos referentes ao tema da pesquisa com acompanhantes, visitantes e pessoas que tiveram ou têm experiências práticas com o objeto de pesquisa.

O presente trabalho é dividido em quatro capítulos. O capítulo um, contém a historicidade do SUS, legislação com o contexto no conselho Nacional de Saúde; o capítulo dois retrata as discussões que iniciaram o processo de humanização, o capítulo três apresenta o conceito de acompanhante e visita aberta segundo a política de humanização, o quarto capítulo apresenta a legislação que aborda os direitos ao acompanhante em casos específicos, o quinto capítulo a reflexão do serviço social na saúde e com a humanização e o sexto capítulo a triangulação os dados com os questionários.

## CAPÍTULO 1 – O SURGIMENTO DO SUS

### 1.1 Contextualizações da política do Sistema Único de Saúde

A Reforma Sanitária<sup>2</sup> foi iniciada na década de 1970 “[...] tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante [...]” (Associação Brasileira De Saúde Coletiva, 2003, P. 21).

O Sistema Único de Saúde surgiu a partir de lutas dos movimentos sociais que reivindicavam saúde para todos, formando-se, assim, um conselho que discutia esse tema: o Conselho Nacional de Saúde, que foi ampliado pelo Decreto nº 67.300 de 30 de setembro de 1970. Em 1986 foi realizada uma das mais importantes conferências sobre esse assunto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu para a construção do art. 196 da Constituição Federal do Brasil, de 1988, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir dessa disposição constitucional, a partir, portanto do interstício de 1988, a saúde atingiu outras searas, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual detinha o intuito de viabilizar a saúde de forma universal, integral e descentralizada. Ele foi regulamentado pela Leis Federais nº 8.080/90, a “Lei Orgânica da Saúde” (LOS) e nº 8.142/90 a qual fomenta a participação da comunidade na gestão do SUS. Esta última instituiu instâncias de Controle Social como as Conferências e os Conselhos de Saúde, definindo a saúde como ‘um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não somente ausência de afecções e enfermidades’ (OMS). Que confronta com o modelo biomédico que define os humanos como saudáveis (aqueles com ausência de doenças) e os doentes por fatores biológicos, excluindo as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde-doença.

O SUS é consolidado legalmente na Lei Orgânica de Saúde, a supramencionada Lei

<sup>2</sup> . Reforma Sanitária, que defendia a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social, com práticas de cunho social-econômico, político, ideológico, que aconteceram na transição do regime ditatorial para a democratização que diz respeito à participação da sociedade civil na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas.

nº 8.080/90, “que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

Art.1 Essa lei regula, em todo território nacional, as ações e os serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990)

O foco está na recuperação da saúde do usuário realizado num trabalho inserido em uma equipe interdisciplinar.

A implementação do SUS tem como premissa fundamental a garantia do direito à saúde, por meio da promoção, da proteção e da recuperação segundo os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Levando em conta a busca por progressos na área da saúde, salienta-se que os indivíduos visem não apenas à condição do bem-estar corporal/físico, mas o bem-estar como um todo (BARROS,1996)<sup>3</sup>:

É necessário que se tenha como objetivo a construção e a preservação da saúde, não apenas a cura da doença; deve-se operar de modo articulado, sujeitando-se aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde, oferecendo-se serviços de boa qualidade; para que se assegure tudo isso, deve-se contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais. Em resumo, acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização e participação social. Exatamente o que a legislação brasileira hoje em vigor, e ainda não inteiramente implementada, propõe para o SUS.

Segundo a comissão homônima da Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup> (OMS) de 2008, os Determinantes Sociais da Saúde são as condições de saúde do indivíduo através do seu impacto em determinantes intermediários, como as condições de vida, fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, biológicos, coesão social, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Figura 1)<sup>5</sup>, assim como o próprio sistema de saúde. A abordagem dos determinantes sociais coloca a distribuição de saúde como medida do grau existente de desigualdade da mesma como indicadora-chave não só de equidade e justiça social, como também de funcionalidade geral, sendo esta a capacidade do indivíduo de interagir com

3 Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231996000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231996000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 fev. 2016.

4 Disponível em : <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao\\_desigualdades\\_relatorio2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf?ua=1)>. Acesso em 17 fev. 2016.

5 Disponível em : <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao\\_desigualdades\\_relatorio2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf?ua=1)>. Acesso em 17 fev. 2016.

outros e o elo com e em sociedade tendo como grande importância para saúde individual.

**Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**



Fonte: <[http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada\\_home.htm](http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm)> acesso em 17 fev. 2016

Nesse contexto, destaca-se a concepção ampliada de saúde com ênfase nos determinantes e condicionantes sociais.

As desigualdades quanto ao atendimento do sistema de saúde são, portanto, um claro indicador da coerência das políticas de uma sociedade. O SUS enxerga o ser humano como um todo, ou seja, não vê a pessoa como um amontoado de partes, trata as demandas como prevenção e, noutros casos, como tratamento, quer dizer, respeita-se a dignidade humana. Vimos que o processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultado de inúmeras tentativas para a emancipação do ser humano e que estão sempre se renovando, pois conforme o mundo globalizado flui, novas demandas surgem e são capturadas.

Segundo Cunha & Cunha (1998)<sup>6</sup>,

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS.

6 Disponível em <<http://lfc-ead.nutes.ufjf.br/constructore/objetos/SUS.doc>>. Acesso em 17 fev. 2016.

O processo de implementação das políticas de saúde, visando a necessidades, deram-se de épocas em épocas, tais como o instituto de seguridade social e os institutos de aposentadorias e pensões organizados por profissão. Segundo (LUZ, 1991 *apud* ACURCIO, 2009), tais institutos foram criados por Getúlio Vargas, ao longo dos anos 1930, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos, os quais eram mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marinheiros, estivadores e funcionários públicos foram algumas das categorias favorecidas pela criação dos institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileira de então (*ibidem*).

A política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, em que pesem a situação econômica, os avanços do conhecimento científico e a capacidade das classes sociais influenciarem nas políticas (ACURCIO, *apud* CEFOR, 19 1998).

As políticas públicas abrangem os direitos dos cidadãos e, nesse caso, temos a política de saúde que visa a atender as necessidades dos usuários: “tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades” (VIANNA, 1997, p. 207).

Em sentido confluyente, há a seguinte exposição de Ruben Araújo de Mattos sobre a perspectiva avançada pelo conceito de políticas públicas (1999, pp. 48-49), *in verbis*:

As políticas públicas são sempre objetos de disputa entre diversos grupos, disputa que – dando um passo além de Lemieux – estende-se à própria decisão do que deve ser considerado em certo momento como um problema público e, portanto, deve ser alvo da ação regulatória do Estado. Em outros termos, há uma agenda de problemas públicos, isto é, problemas que devem ser alvos de políticas públicas, agenda esta que é continuamente negociada, tanto no que concerne à eventual inclusão de um novo tema no conjunto de problemas públicos, como no que se refere à sua importância relativa no interior da agenda. Da mesma forma que se pode falar em uma agenda das políticas públicas em geral, pode-se falar em agendas específicas de cada instituição ou agência que compõe o Estado nos mais diversos níveis de governo. Aqui também ocorrem demandas pela modificação da agenda dessas diferentes instituições governamentais. [...]. É nesse sentido que podemos compreender qualquer política pública como uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas impostas pela sociedade.

As políticas voltadas para a saúde no percurso até o SUS foram várias. Em 1933 houve o primeiro decreto sobre aposentadorias, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). O Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933, criou o Instituto de Aposentadoria e

Pensões dos Marítimos, considerado “a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional, com base na atividade genérica da empresa”<sup>7</sup>.

A Constituição Federal de 1988, estabeleceu que a saúde seria parte da seguridade social e foi, a partir dela, que passou a ser entendida como um direito fundamental a todos, sendo inderrogavelmente um dever do Estado, conforme o previsto em seu art. 194, *caput*, *in verbis*:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social.

Com a promulgação da Carta de 1988 e o exposto pelo mencionado art. 194, a seguridade social passou a constituir-se pelo tripé das Políticas Sociais de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, tendo por base a garantia dos direitos fundamentais aos indivíduos. Ressalta-se, aqui, a confluência que existe do art. 194 com o preceituado pelo art. 3º, I, também do Texto Maior, em que pesem os valores da liberdade, da justiça e da solidariedade, ambos aspectos que devem ser carreados pela seguridade social, *in verbis*:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;  
(...)

Diante desses ideais propulsionados pelos valores constitucionais sobre a previdência social, Cunha & Cunha (1998)<sup>8</sup> destacam que:

O Brasil passa a ser influenciado pelas ideias de seguridade social que são amplamente discutidas no cenário internacional ao final da II Guerra Mundial, em contraposição ao conceito de seguro da época anterior. As ações de previdência são agora caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevação das despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. As explicações para tais mudanças podem ser colocadas enquanto resultado de uma tendência natural e também de mudanças de posições da Previdência Social.

A previdência social, nessa discussão, adquiriu uma nova atenção, a partir de 1966, por meio do Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Tal texto normativo fez com que o Governo Federal criasse o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), tomando para si todos os Institutos de Pensão e Aposentadoria (IAPs), os quais eram os agentes

7 Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1888-1933/>> Acesso em 17 fev. 2016.

8 Disponível em <.>. Acesso em 17 fev. 2016.

institucionais da gestão Vargas à frente do Executivo Federal para o cumprimento do dever do Estado em zelar pelo cidadão trabalhador. Este, por meio do INPS, passava a contar com a assistência à saúde e com o bem-estar da aposentadoria, ou seja, a Previdência Social passava a ser voltada para a saúde de modo contributivo.

Esse ramo autônomo da seguridade social preocupa-se exclusivamente com os trabalhadores e com os seus dependentes econômicos, sendo a técnica de proteção social destinada a afastar necessidades sociais decorrentes de contingências sociais que reduzam ou eliminam a capacidade de autossustento dos trabalhadores e/ou de seus dependentes. Contingência social são fatos e/ou acontecimentos que, uma vez ocorridos, tem a força de colocar uma pessoa e/ou seus dependentes em estado de necessidade, como por exemplos invalidez (incapacidade), óbito, idade avançada.

A previdência social, como visto imediatamente acima, tem em mira contingências bem específicas: aquelas que atingem o trabalhador e, via reflexa, seus dependentes, pessoas consideradas economicamente dependentes do segurado. Essa dependência pode ser presumida por lei (no caso de cônjuges, filhos menores e/ou incapazes) ou comprovada no caso concreto (no caso de pais que dependiam economicamente do filho que veio a óbito). Em síntese, expõem Cunha & Cunha (*ibidem*):

A previdência é claramente definida, enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento e na administração dos institutos, e um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras, que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a se configurar enquanto 'sócia' do Estado nos investimentos de interesse do governo.

Agora, conforme especificamente à assistência social, encontram-se os arts. 203 e 204, também da Carta de 1988. O art. 203 prevê que:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Nesse enredo, verifica-se que a assistência social é o segmento autônomo da seguridade social que visa a tratar dos hipossuficientes, ou seja, daqueles que não possuem condições de prover sua própria manutenção. Ela garante, portanto, aqueles que têm maiores necessidades, sem exigir deles – os seus beneficiários – qualquer contribuição à seguridade social.

Por fim, conclui-se o tripé do art. 194 da Constituição de 1988, por meio do conceito de saúde, previsto nos arts. 196 e seguintes. Diz-se que ela tem a finalidade mais ampla de todos os ramos protetivos porque não possui restrição de beneficiários e o seu acesso também não exige uma contribuição específica. Nos termos do próprio *caput* do art. 196, tem-se que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS tem as características de universalidade, equidade, integralidade e deve atender a todos de acordo com suas necessidades, independentemente de que se pague ou não Previdência Social. A saúde é para todos no território nacional, independente de classe social, gênero, etnia.

A saúde era de suma importância, não relacionada apenas à visão do hospital como mero centro, mas sim a como vinculada ao estado do paciente como um todo. Neste caso, o hospital não era apenas um local de espera para a morte, como também lugar de recuperação, onde os sanitaristas idealizavam técnicas e metodologias adequadas de outros países para serem implementadas no Brasil.

## **1.2. Sistema Único de Saúde: estrutura segundo a legislação**

O SUS é formado por várias instituições dos três níveis de governo: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal, e pelo setor privado, de forma complementar. O serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas deste serviço, em atenção aos princípios basilares da administração



pública.

Em termos administrativos, se o SUS visa a atender à população de um município, neste caso se torna municipal; quando alcança vários municípios, devem ser estaduais, e aquela que é em âmbito nacional, deve ser federal.

Os principais aspectos balizantes do sistema público de saúde aprovados pela Constituição de 1988 foram:

1. O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
2. Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com participação da comunidade;
3. A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato direto público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
4. Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

O texto da Constituição foi embasado nas propostas do movimento sanitário, com algumas limitações quando os interesses do movimento eram divergentes dos interesses empresariais ou do governo. Iniciado no período de transição democrática, nos anos 1970, o movimento sanitarista lutava pela democracia na política nacional de saúde. De acordo com Lobato (2000, p. 17),

uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime.

Além disso, a Carta Política de 1988 institui o Sistema Único de Saúde que é constituído pelos 32 conjuntos de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância

pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle de ações e dos serviços de saúde. O marco constitucional também definiu as diretrizes para a implantação do SUS por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A Lei nº 8.142/90, citada anteriormente, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais e recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera do governo, tratou ainda da alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal. O recebimento desses recursos pelos municípios, estados e Distrito Federal deve contar com o fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

Apesar dos avanços legais no âmbito da Lei Maior e das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90), a efetivação de uma política pública de saúde como direito ainda há que ser conquistada. Ao mesmo tempo em que o SUS procurava dar os primeiros passos rumo a sua implantação, na década de 1990, vivenciava-se um processo de redirecionamento do papel do Estado influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal.

Mais que um conjunto de diretrizes econômicas, o Neoliberalismo se configura como uma maneira de organizar a cadeia produtiva ou ainda as relações interpessoais constituindo-se, portanto, numa Ideologia.<sup>9</sup>

Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital aliado aos grupos dirigentes.

Dessa forma, a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando-se a mesma para assumir os custos da crise. Segundo Maria Bravo (2006, p. 14), “a refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais com o objetivo de reduzir os custos.”<sup>10</sup>. Com relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e

<sup>9</sup> . Ver mais no site redehumanizasus<<http://www.redehumanizasus.net/11509-neoliberalismo-e-impactos-na-saude#sthash.RJoxiNnr.dpuf>> acesso 21 fev. 2016

<sup>10</sup> Disponível em: <>. Acesso em 21 fev. 2016.

fiscalização das ações de saúde em geral (*idem*).

Paralelamente, Aguiar (2011) destaca que se ampliaram, no Brasil, as diversas modalidades de assistência médica supletiva com interesse de lucro na saúde, tais como medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro-saúde, evidenciando o florestamento do projeto conservador antagônico à política pública defendida pela reforma sanitária. Assim, pode – se dizer que algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, merecendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.

Nessa direção, a concepção ampliada de saúde com seus desdobramentos para um modelo de atenção no âmbito do SUS, que garanta de fato integralidade, efetividade, qualidade e a humanização dos serviços de saúde, ainda constitui um grande desafio.

Conforme expõe Paim (2008), concomitante à proposta de modelos alternativos de atenção à saúde, tais como a oferta organizada, regionalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência ainda convivem de forma contraditória ou complementar ao modelo médico hegemônico e ao modelo sanitarista.

Tais modelos de atenção, em conjunto com as diferentes propostas presentes no âmbito do sistema de saúde brasileiro, entrelaçados à proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma, tem resultado em dois projetos que convivem em tensão até os nossos dias atuais: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999 *apud* BRAVO, 2006).

O SUS vem constituir-se, então, ao longo de duas décadas, como a maior política de Estado do País, fruto de uma permanente construção coletiva de disputa de interesses. Coelho (2010), ao analisar os modelos assistenciais em saúde, identifica, dentre os alternativos, a partir da década de 1980: os Sistemas Locais de Saúde (SILOS); as Cidades Saudáveis em Defesa da Vida; o Modelo de Vigilância à Saúde; e a Estratégia Saúde da

Família, como modelos organizativos da atenção primária, que, de uma maneira simples, podemos definir como os atores, que defendem a saúde como direito, um sistema universal, estruturado a partir de um compromisso ético e político em defesa da vida e os que defendem a saúde como mercadoria.

### **1.3. Conselho Nacional de Saúde**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é considerado a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde. Possui caráter permanente, deliberativo e apresenta como objetivo a discussão, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas de saúde. Ele é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, sendo composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários; entidades representativas de trabalhadores na área da saúde; governo; e prestadores de serviços de saúde. O presidente é eleito entre os membros do próprio CNS.

Importa saber que as principais competências do Conselho são aprovar o orçamento da saúde, acompanhar a sua execução orçamentária e a aprovação a cada quatro anos do Plano Nacional de Saúde.

O CNS é composto por 48 conselheiros titulares e seus primeiros e segundo suplentes, os quais representam entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal. Ele é configurado como paritário, em que cinquenta por cento é composto por usuários, vinte e cinco por cento de trabalhadores e os outros vinte e cinco por cento de prestadores de serviço e gestores.

É possível perceber que, consoante o Regimento Interno do CNS, a formação é definida assim: cinquenta por cento dos membros que representam entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, que são selecionados por meio de processo eleitoral direto enquanto que os outros cinquenta por cento são membros que representam entidades de trabalhadores da saúde, inclusive a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área da saúde, os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários da Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que são indicados pelos seus respectivos

diretores (Conselho Nacional de Saúde).

As propostas de pauta são elaboradas pela Mesa Diretora e repassar aos Conselheiros com até dez dias de antecedência e de acordo com o artigo 12 e 17 do regimento interno, apresentá-las no início das reuniões. Dessa forma, a aprovação da pauta é o primeiro item a ser deliberado no dia.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, ao escolher os itens de pauta deverá ser observado: “I. pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho); II. relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho); III. tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil); IV. precedência (ordem da entrada da solicitação). Conforme artigo 17 do regimento, a pauta segue a seguinte ordem, após aprovação da ata: a) expediente – 2 (duas) horas para os informes, indicações, justificativa de faltas, pedidos de inclusão de matéria, relatório da Mesa Diretora, informes de conselheiros – inscritos na Secretaria Executiva até 30 (trinta) minutos antes da reunião; b) ordem do dia – temas previamente definidos e preparados pela Mesa Diretora, para apresentação e debate. Os temas para deliberação devem ser explicitados; e c) encerramento”.<sup>11</sup>

11 Para conhecer mais as especificidades e detalhes sobre o Conselho Nacional de Saúde ver: <>. Acesso em 17 fev. 2016.

## CAPÍTULO 2 – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

### 2.1. Humanização da Saúde

Vê-se a saúde como direito fundamental que passou a ser efetivado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), após a II Guerra Mundial. Em 1946, a ONU proclamou sua constituição mencionando, em nível internacional, pela primeira vez, a saúde como direito humano corroborado, posteriormente, a partir da proclamação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948.

Artigo XXV 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

A partir da década de 1990, países-membros da Organização Mundial de Saúde, em conjunto, fizeram declarações relativas aos direitos dos pacientes. Um dos apêndices da Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa é o conceito de respeito pelas pessoas e de promoção à equidade em saúde.

Conforme mencionado anteriormente, a participação comunitária, por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, tem o papel importante de conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social, gerando uma democracia participativa da sociedade civil nas Conferências de Saúde nas quais se discute a construção permanente do Sistema Único de Saúde.

Já a Reforma Sanitária e a VIII Conferência de Saúde<sup>12</sup> estiveram intimamente ligadas ao conceito de consolidação da democracia e à ampliação dos direitos de cidadania. No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária, no final da década de 1970 e que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, destaca a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, modificou de forma significativa a concepção em torno da Política de Saúde em nosso país. Tal perspectiva está centrada nas duas principais diretrizes do Sistema Único de Saúde

<sup>12</sup> . É nos espaços das Conferências que a sociedade se articula para garantir os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e assegurar as diversas formas de pensar o SUS, assim como para ampliar, junto à sociedade, a disseminação de informações sobre o Sistema, para fortalecê-lo.

(SUS): a universalidade do acesso e a integralidade das ações.

---

**Quadro 1**

Promoção da Saúde no Brasil: breve cronologia.

---

---

**Década de 1970**

---

- Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde
  - Tese O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca
  - Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ)
  - Surgimento do “movimento sanitário”
  - Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata
- 

---

**Década de 1980**

---

- Movimento de redemocratização do país
  - Protagonismo político do “movimento sanitário”
  - Preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985)
  - VIII Conferência Nacional de Saúde, com afirmação de princípios da promoção da saúde (sem este rótulo): determinação social e intersetorialidade. No Canadá, aparece a Carta de Ottawa (1986)
  - Processo constituinte, com grande participação do “movimento sanitário” (1986-1988)
  - Constituição Federal, com características de promoção da saúde (1988)
- 

---

**Década de 1990**

---

- Lei Orgânica da Saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990)
  - Organização dos Conselhos de Saúde em todo os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991)
  - RIO 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992)
  - Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995)
  - (a partir de 1995) PACS e PSF; NOB 96 (Piso Assistencial Básico); Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis
  - Surgimento da revista *Promoção da Saúde* (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999)
- 

Fonte: Buss PM (1998)

Quatro anos após a promulgação da Constituição de 1988, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) – relatório nº 9 – em Brasília, em Agosto de 1992,

com o tema “Saúde: Sociedade, Governo e Saúde”<sup>13</sup>. O assunto ali abordado retorna como também um dos temas da 11ª Conferência Nacional de Saúde – relatório nº 11, em 2002 com a humanização e pauta as discussões de forma mais abrangente, como pode-se perceber no tema escolhido para a conferência: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”<sup>14</sup>. Para isto, discussões foram realizadas no Conselho Nacional de Saúde, tendo como resultado o documento “Efetivação da Acessibilidade e Humanização da Atenção à Saúde no SUS” (BRASIL/MS/CNS, 2002a).

A humanização está presente nas contribuições publicadas para realização dos debates no artigo: “A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e a gestão dos serviços”<sup>15</sup> que trata de um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida, no tocante à relação instituição-usuário. No referido artigo, a humanização é citada pautando-se as diretrizes na garantia do acesso ao serviço à informação e a todos os recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida (MERHY, CECILIO e NOGUEIRA, 1992, p. 4). A proposta de Humanização vem para fortalecer o SUS em forjar atitudes por parte dos trabalhadores, usuários e gestores, de práticas éticas no trabalho.

Conforme lembra Viana (2004 p. 137)

Esse tema entrou em foco pelos desafios encontrados pelo SUS, mormente o despreparo dos trabalhadores para lidar com as práticas de atenção. Assim, em 2003, o Ministério da Saúde definiu, como uma de suas prioridades, a humanização do SUS.

Os progressos da medicina, da ciência, a complexidade dos sistemas de saúde, além das práticas dos profissionais da saúde, colocados diante da própria vida, geram frustrações e conflitos que podem se tornar ações arriscadas, impessoais e desumanizadas. O fato é que esses técnicos convivem, todos os dias, com atividades de tensões provenientes de várias fontes.

Os problemas mais corriqueiros a serem superados para a humanização são as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos

13 Ver o relatório nº 9 da Conferência Nacional de Saúde em: <>. Acesso em 17 fev. 2016.

14 Ver o relatório nº 112 da Conferências Nacional de Saúde em: <>. Acesso em 17 fev. 2016.

15 MERHY, E.E. *A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e a gestão dos serviços*. Campinas: UNICAMP, 1992 (Mimeografado)



desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho.<sup>16</sup>

O contato frequente com a dor, sofrimento e com pacientes terminais, o medo de erros e relações com pacientes difíceis aumentam o risco de que o especialista possa desenvolver formas e mecanismos rígidos de defesa e de distanciamento para não se afetar no âmbito profissional e pessoal. Sendo assim, são necessários projetos de ações em prol da humanização.

Historicamente, foi se configurando desde o controle, a alienação e o não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais. Na vertente da organização científica do trabalho criaram-se as castas dos que pensam e dos que obedecem, levando-se ao estado de alienação do sujeito em relação ao seu trabalho, à instituição e ao contexto social em que se inscreve a sua prática que não só torna seu trabalho mecânico e sem sentido como potencialmente violento, porque perde qualidades fundamentais para o contato técnico e sensível necessário às relações intersubjetivas na Saúde. (Rios, 2009, p.33)

Como afirma Campos (2005, p. 1), existe até um “[...] embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais, quer seja destes com os usuários.” São inúmeros os exemplos, por todos presenciados, de casos em que aparece a completa inadequação desse atendimento.

A explicação para a desumanização é o excesso de demanda, a procura exagerada de ofertas técnicas e tecnológicas, a busca voraz de lucros ou ainda a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais, de gerência, de espírito e de acolhimento. Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa carência geral ou específica de condições gerenciais, técnicas e materiais induzem à desumanização, já que profissionais e usuários passam a se relacionar de forma desrespeitosa e impessoal, distante para com o atendimento.

Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética; ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados, é preciso tanto que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouvir do outro palavras de seu conhecimento. Pela linguagem, fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com a alteridade, sem a qual nos desumanizamos reciprocamente (BUSS, 2000).

<sup>16</sup> . Ministério da saúde, 2010

Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros, além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008),

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2005), a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Segundo Benevides & Passos(2005, p.563), a Humanização da atenção e gestão do SUS “[...] se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.”. Em sentido complementar, o Ministério da Saúde (2010, p, 6) informa que,

Pensando na qualificação dos profissionais e no atendimento aos usuários dos serviços de saúde pública, o Ministério da Saúde implantou a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), o que representa uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde.

Ainda conforme lembram Benevides & Passos (*ibidem*), a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social,

psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços”. É um círculo virtuoso, que reúne, num mesmo cenário e promove o crescimento mútuo, conforme lembra Viana (2004, p. 11), *in verbis*:

Trata-se não apenas de estabelecer normas e procedimentos, mas de algo maior, e conseqüentemente mais demorado, que envolve a construção de sujeitos, a valorização da pessoa e dos direitos e deveres de cada um, seja o usuário, o profissional de saúde ou o gestor, em prol do estabelecimento da cidadania na construção de uma nova cultura, um novo modo de agir.

## **2.2. HumanizaSUS**

A Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, é um movimento político e ético de trabalhadores e gestores do SUS em 2003 para ampliar o diálogo entre os sujeitos de produção à saúde. Para estimular a autonomia e protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores aumentariam o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e sujeitos e estabeleceriam vínculos solidários e participação coletiva na gestão, reafirmando os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Para isso, foi feita uma Oficina Nacional HumanizaSUS, em Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003, com o tema “construindo a Política Nacional de Humanização”<sup>17</sup>. A primeira mesa da Oficina Nacional HumanizaSUS, coordenada pela Dra. Márcia Amaral da Secretaria Executiva, além das saudações de abertura, serviu para acentuar as principais preocupações dos dirigentes em relação à temática da humanização da atenção e da gestão da saúde no SUS.

Partindo dessa perspectiva, a Política de Humanização da assistência à saúde aponta diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas:

1. Acolhimento e atendimento dos usuários;
2. Trabalho dos profissionais; e
3. Lógicas de gestão e gerência.

A segunda mesa teve o papel de socializar o acúmulo de discussões realizadas até o

17 Para mais detalhes sobre a Oficina Nacional HumanizaSUS, ver: <>. Acesso em 17 fev. 2016

período da realização da Oficina, estabelecendo as bases para o trabalho de produção grupal que acontece. Foram apresentados os marcos teórico-políticos e princípios norteadores da PNH, as propostas de marcas a alcançar, as estratégias gerais e as principais ações propostas para os anos de 2003 e 2004. Em seguida, foi feita uma exposição sobre a política de informação e informática do SUS, com detalhamento inicial sobre a construção da Rede HumanizaSUS. Também, foram apresentados aspectos importantes sobre a descentralização e a regionalização das ações de saúde, dentro dos quais a humanização deverá se efetivar, consolidando-se como importante política transversal que perpassa o conjunto das ações de saúde.<sup>18</sup>

O principal objetivo foi o de debater o documento básico da PNH, publicado em versão preliminar pela Editora do Ministério da Saúde na Série B – Textos Básicos da Saúde (HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento para discussão)

Assim, acentuou que a humanização passa por resgatar a condição de sujeito, tanto no atendimento individual como no coletivo, e que, para efetivar ações de humanização teremos que reconhecer – tanto na atenção como na gestão – que lidamos com sujeitos e que estes buscam felicidade e qualidade de vida.(relatório 2003, p.9)

O resultado foi um conjunto de proposições (acréscimos, supressões, alterações) e também sugestões gerais para reelaboração de partes do texto, para garantir maior detalhamento ou clareza de algum aspecto. Ademais, foram elaboradas sugestões iniciais para a agenda estratégica de trabalho da PNH.

De acordo com o Ministério da Saúde

“entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, promover o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde”<sup>19</sup>

As principais inovações do HumanizaSUS são:

- a) A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- b) O fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- c) O aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- d) O estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- e) A abertura de espaços para os usuários no cotidiano, não apenas nos conselhos.

<sup>18</sup> . Relatório 2003 - Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003

<sup>19</sup> . Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS acesso em: 21 fev. 2016.

Com isso, aumentar o poder dos doentes, permitir acompanhante em todos momentos de atenção, criar ouvidorias, Conselhos Locais de Saúde e Serviço de Atendimento ao Cidadão;

- f)** O mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- g)** A defesa de um SUS que reconheça a diversidade do povo brasileiro e a todos ofereça a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- h)** A mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- i)** A proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- j)** O compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- k)** O compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- l)** A luta por um SUS mais humano, porque é construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer pessoa;
- m)** A garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante.

Seria necessária, sem dúvida, uma mudança de paradigmas com relação ao trabalho e a forma de encarar a sua finalidade, com uma visão ampliada e interligada das relações entre o mundo vivido profissionalmente, sem dissociá-lo da sua vida cotidiana dos sentimentos e desejos. Nesse sentido, o conceito de mundo, segundo Habermas (1987) *apud* Artmann (2002) é ampliado e tríplice (mundo objetivo, normativo e subjetivo) que deve ser considerado em relação ao mundo vital, formado pela cultura, pela sociedade e pela personalidade. Isso ajudaria a quebrar a visão objetivista da relação médico-paciente, por exemplo, problematizando a relação entre sujeitos para além da forma sujeito-objeto.

### **CAPÍTULO 3 – ACOMPANHANTE, VISITA ABERTA E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE**

De acordo com Rios (2009, p. 12), quando não havia humanização havia um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais quanto dos pacientes, diante de fatos e fenômenos que configuram o que chamamos de violência institucional na Saúde<sup>20</sup>.

Entre outras ações e programas que foram propostos pelo Ministério da Saúde, o HumanizaSUS, retratado anteriormente, opera para ampliar e fortalecer a humanização nos processos de cuidados e gestão. Dentro das diretrizes/dispositivos, relacionados ao campo da humanização, estão entre eles, o significado da visita aberta e dos acompanhantes que é uma forma que a Política Nacional de Humanização instrumentaliza para ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, garantindo o elo entre o paciente, a família e seus vínculos sociais. Destacam-se, nesse íterim, a visita aberta e direito de acompanhante.

Além disso, destaca-se, a responsabilidade com a humanização hospitalar, a qual deve ser proporcionada a todos, pois os internos ficam excluídos da sociedade pelas suas condições de saúde física e/ou mentais. Essa exclusão aumenta a frustração, o estresse, e a depressão, o que pode agravar os quadros clínico e psicológico do usuário da rede de saúde, assim como o próprio projeto da visita aberta.

A internação é um recurso utilizado na tentativa da recuperação da saúde dos indivíduos. Segundo o manual do Suporte Técnico ao Sistema de Informação Hospitalar<sup>21</sup> (SIH) e o Manual De Orientação AIH (Autorização De Internação Hospitalar – SUS), o Laudo Médico é o instrumento para a solicitação de internação do paciente em Hospitais integrantes do SIH-SUS<sup>22</sup> (Sistema de Informações Hospitalares do SUS devendo estar dotado de dados corretos.

Deve-se lembrar que, mesmo quando o indivíduo está no ambiente hospitalar, ele continua sendo um sujeito biopsicossocial e não uma doença<sup>23</sup>. A atenção da equipe

20 Violência Institucional aqui se refere à expressão na História recente para a utilização de castigos, abusos e arbitrariedades praticados nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas, com a conivência do Estado e da sociedade.

21 O sítio do Sistema de Informação Hospitalar Decentralizado pode ser verificado no seguinte endereço: <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>> Acesso em: 17 fev. 2016.

22 SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>> Acesso em: 18 fev. 2016.

23 De acordo com o modelo biopsicossocial, o Técnico de Saúde deve sempre considerar, no seu diagnóstico, a interação dos factores sociais, psicológicos e biológicos, de modo a avaliar o estado de saúde da pessoa e fazer recomendações, se necessário, para o tratamento. Ver: MARCO, Mario Alfredo

profissional com o paciente e a comunicação são fundamentais para uma relação no ambiente hospitalar.

Quanto aos direitos do paciente, é importante enfatizar algumas das medidas normativas principais. A portaria nº 1.286/93 e a portaria SAS nº 74/94 do Ministério da Saúde balizam o paciente ao “direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas como nas internações” (SILVA; BOCCHI, 2005)<sup>24</sup>. De acordo com Silva e Avelar (2007, p. 4), “a lei 10.689, de 30/11/2000, em seu art. 1º, assegura o direito de entrada de um acompanhante junto à pessoa que se encontra internada em unidade de saúde sob-responsabilidade do Estado”.

### 3.1. Acompanhante

Segundo (Enciclopédia da Conscienciologia. p. 160)<sup>25</sup>, o termo acompanhante vem do idioma latim, *acompaniare*, de *compania*, “conjunto de pessoas que comem seu pão juntamente”, havendo surgido no Século XV. O elemento de composição *para* procede do idioma Grego, *pará*, “por intermédio de; para além de”.

O acompanhante representa a rede social daquele que está internado e acompanha o tratamento, apoiando e colaborando nos momentos necessários. Ele passa a maior parte do tempo no ambiente hospitalar durante a permanência do paciente. O acompanhante pode ser de qualquer sexo, estando, ficando ou seguindo junto o tratamento, por algum tempo. Ele age como assistente, que renova o emocional de internado.

Tanto a visita quanto os acompanhantes promovem melhorias à saúde e ajudam na recuperação psicológica e social, sendo ainda que a presença deles colabora também para que a equipe médica capte dados do contexto de vida da pessoa internada e do momento existencial que foi vivido por ela, o que abre uma maior margem a um diagnóstico mais abrangente. Além de auxiliar na identificação de necessidades, na observação de alguma

---

de. “Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente”. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, nº 1, jan./abr. 2006, pp. 60-72.<>. Acesso em 17 fev. 2016.

24 Ver o teor supramencionado das portarias em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2nvXAcIDK18J:www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc%255CDec%255C20020906%255CTC%2520003.999.doc+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>> Acesso em 21 fev. 2016.

25 . Ver acesso em <> Acesso 21 fev. 2016

alteração do quadro clínico e possibilitar um acompanhamento mais eficaz durante o processo de internação.

O acompanhante/cuidador estabelece um vínculo de cuidado, caracterizando um elo de viés emocional, que é informativo para o processo de adoecimento, logo o acompanhante tem a presença significativa para o bem-estar do internado. A este respeito, Prochnow et al. (2009, p. 12) diz que:

O acompanhante é todo e qualquer indivíduo que, de forma voluntária ou remunerada, permanece junto ao paciente por um período de tempo consecutivo e sistemático, proporcionando companhia, suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em prol do paciente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde.

### 3.2. Visita aberta

Do infinitivo latino *visitare* (visitar), presente, o vocábulo veio da língua italiana. Nas línguas portuguesa e espanhola, deu-se a forma “visitar”, *visiter* em língua francesa. A visitação é “ir e vir”, sendo que sua definição concorda com sua etimologia, uma vez que a forma fracionada de *visere* (ver ou examinar cuidadosamente) que compartilha raízes do verbo *videre* (para ver).

Visita aberta é uma forma de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, em horários determinados pela própria unidade de internação. Ela amplia o contato do paciente com sua rede social e familiar, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente

Por um lado, os acompanhantes são pessoas que acompanham o internado em tempo integral. Por outro lado, a visita aberta corresponde às idas estabelecidas em horários determinados pelo hospital, servindo como dispositivo que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação. Assim, ela garante o vínculo entre a pessoa hospitalizada, sua família, seus amigos, seus vínculos sociais e os serviços da rede de saúde.

A visita aberta e o acompanhante são duas vertentes que garantem o convívio social e melhores condições de sociabilidade para com o paciente internado. Os seus objetivos se aliam à inclusão da família no cotidiano de atendimento do usuário, ao agendamento de conversas ou diálogos entre família, rede social e equipe assistente, bem como à inclusão



no processo de trabalho de outros núcleos profissionais de saberes e práticas como sendo fundamentais à construção da clínica ampliada.

### **3.3. Paciente e laços com a sociedade**

Colocando o acompanhante como elemento central, é necessário definir os laços sociais. Ao falar-se de família faz-se importante, a princípio, desvincularem-se e superarem-se os segmentos dos membros da família. A família é um dos fatores estruturantes da sociedade conservadora burguesa, de pais, mães e filhos e com as pautas e condutas determinando como e de que forma essas famílias deveriam se constituir e se portar.

Quebrando os paradigmas conservadores do que é família é necessário ampliar o conceito a vários tipos de família, abarcando uma maior diversidade. De fato, existem vários arranjos familiares que são conformados por diferentes arcabouços culturais ou societários. Não existindo um modelo de família padrão, enfatiza-se o termo no plural: *famílias*, as quais se comportam segundo diferentes formas familiares de relações e de sentidos de pertencimento que se estabelecem entre os seus membros.

Fala-se, pois, de arranjos que unem pessoas do mesmo sexo ou sexos diferentes, ou ainda envolvendo diferentes gerações, o que confere diferentes formatos a essas famílias que são socialmente construídas, por escolhas e hábitos. Pela forma que se vive; do respeito ao outro, dependendo das relações de afetos que se constroem nas relações sociais em que um cuida do outro, é assim que as famílias contemporâneas se configuram e se reconfiguram.

A família pode ser vista como totalidade, sistema ou grupo formado por pessoas que se relacionam entre si, por parentesco e/ou por se considerarem pertencentes àquele contexto. Antoni, 2000, p, 4)

As condições de vida são indispensáveis à medida que as necessidades dos membros da família estão vinculadas ao conjunto de imprescindibilidades dos pacientes e dos acompanhantes. Dessa forma, não se pode pensá-los de maneira isolada.

Quanto às visitas e ao acompanhamento, à medida que se identificam como processos coletivos de trabalho, visando à garantia e aos direitos dos pacientes, garante-se

a convivência e a garantia do acolhimento. Tal lógica cria metodologias para se lidar com as famílias e a equipe médica. Dá-se, em suma, um necessário enfoque à discussão sobre o lugar que as famílias ocupam nesse contexto de vínculo social externo para com o paciente hospitalar excluído da sociedade e da comunidade que estava se deparando com sua doença ou fatalidade.

A condição da família é derivada de um contexto sociocultural e político, assim como as condições do próprio indivíduo dentro desse contexto. O território<sup>26</sup> vai ser o cenário mais propício para se expressar o conjunto das relações sociais vividas. Nesse enredo, as condições de vida de uma família estarão diretamente relacionadas às condições de vida nesse território.

Na linha dessa argumentação, é importante pensar a estrutura do território, principalmente a integração da participação social que é fundamental à construção dessas condições de vida da sociedade e das famílias. Ao refletir-se sobre esse contexto, percebe-se o ambiente hospitalar como um território isolado das demais sociedades e comunidades, com seus métodos e estratégias, condições de tempo e espaço. Ambiente esse no qual o paciente internado está sujeito às relações ambientais em que o ambiente é estático em relação à noção de tempo, horas, dias, meses e anos, ampliando-se, assim, a sua ansiedade para fugir daquele ambiente. Essa condição ocasiona, de forma evidente, o sofrimento e a angústia pela espera da convalescença plena.

<sup>26</sup> . Definição varia conforme a corrente de pensamento ou a abordagem que se realiza, mas a conceituação mais comumente adotada o relaciona ao espaço apropriado e delimitado a partir de uma relação de poder. <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/conceito-territorio.htm>> Acesso em 21 fev. 2016

## CAPÍTULO 4 – O DIREITO AO ACOMPANHANTE PELAS LEGISLAÇÕES

Observa-se que, antes do surgimento do SUS, os cuidados da saúde eram tratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), restrito aos empregados que contribuíssem com a previdência social, situação em que o direito ao acompanhante era discutido. Segundo resolução do INAMPS<sup>27</sup>, fica regulamentado o acompanhamento dos internados por parte de seus familiares e para a permanência dos mesmos, os acompanhantes terão direito a acomodações adequadas e a refeições necessárias durante a internação de seus familiares.

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde

IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas(2007 p, 5)<sup>28</sup>

As crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito ao acompanhamento durante todo o período de internação. Para implementar a visita aberta e o direito ao acompanhante são necessários

A necessidade de visita e acompanhante não pode ser dimensionada somente pela equipe de cuidados. Sempre que possível, a autorização de visitas e acompanhantes deve respeitar o desejo e a autonomia do paciente e considerar as demandas específicas. Visita de crianças, por exemplo, pode ser um fator importante para a reabilitação da pessoa internada.<sup>29</sup>

1. Conhecer experiências de hospitais que já implantaram este dispositivo e os dados referentes aos dias de internação, infecção hospitalar, satisfação dos usuários e trabalhadores;
2. Promover atividades de sensibilização com todos os setores do hospital;
3. Construir, de forma coletiva, os passos para a implantação, envolvendo o pessoal da portaria, administração, enfermarias, copa, laboratório, CCIH<sup>30</sup>, etc;
4. Adequar espaços para a permanência de visitas/acompanhantes fora dos quartos

27 Ver: Resolução INAMPS nº 104, de 2 de dezembro de 1985. Disponível em: <.>. Acesso em 21 fev. 2016.

28 Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde)

29 . MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização humanizasus visita aberta e direito ao acompanhante > acesso em 21 fev. 2016

30 Cursos para Controle de Infecção Hospitalar.

como, por exemplo, áreas verdes que podem ser adaptadas e varandas; e

5. Informar à comunidade e abrir espaço de discussão permanente sobre o dispositivo (rodas de conversa no hospital).

Com base nessas diretrizes é possível, em caso de descumprimento da lei, assegurar o direito líquido e certo e, para isso, é necessário ter base legal no que diz respeito.

Ademais, destaca-se o que apregoa a Lei nº 8.080/90 acerca da saúde enquanto direito fundamental, por meio de seu art. 2º e parágrafo único:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

O art. 196 da Constituição Federal não só estabelece como dever do Estado a assistência à saúde, mas também garante o acesso universal e igualitário aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação. Em verdade, trata-se de direito subjetivo que permite cobrança do Poder Público em Juízo ou fora dele. Assim, qualquer cidadão doente tem direito de pleitear os meios públicos para lhe assegurar o estado de saúde. Este direito aparece, inclusive, garantido no art. 6º da Carta Política de 1988, como direito social.

À luz das precitadas portarias do Ministério da Saúde nº 1.286/93 e SAS nº 74/94, fala-se sobre a humanização nos hospitais. O paciente tem direito a atendimento humano, prestativo e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Ele tem direito, com isso, a um local digno e adequado ao seu atendimento, assim como fica prevista a possibilidade de acompanhante, caso o paciente queira. As visitas de parentes e amigos devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico-sanitárias. De acordo com a SAS nº 74/94:

V – o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

VI – o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida;

VII – o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

O SUS teve, até o dia 6 de dezembro de 2005, prazo para se adaptar à Portaria do Ministério da Saúde que descreve o direito. O governo tem estimulado os hospitais públicos, inclusive com destinação de recursos financeiros, a receber os acompanhantes.

#### **4.1 Casos Específicos**

##### **4.1.1. Crianças e Adolescentes segundo o ECA**

No que diz respeito aos direitos ao acompanhante em relação a crianças e adolescentes no âmbito hospitalar, fica previsto um acompanhante e a cobertura de suas despesas, conforme dispõe o art. 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), *in verbis*:

Art. 12 Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescentes.

##### **4.1.2. Parturientes**

As parturientes também estão asseguradas a ter um acompanhante durante o parto e o pós-parto nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Pela Lei Federal nº 11.108/05, que dispõe sobre o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, aplica-se o direito ao acompanhante.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai no SUS e os planos de saúde, recomenda que a ambiência da maternidade seja adaptada para a oferta de um atendimento acolhedor, possibilitando que os pacientes possam receber seus acompanhantes e suas visitas com dignidade. Tendo cobertura obstétrica para cobrir as despesas relacionadas, em parto, se não for garantido entendido como violência obstétrica.<sup>31</sup>

#### **4.1.3 Idoso segundo o Estatuto do Idoso**

O Estatuto do Idoso, disposto pela Lei nº 10.741/03, em seu art. 16 prevê o direito ao acompanhante pelo idoso, *in verbis*:

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

A portaria PRT/GM/MS nº 280 de 7 de abril de 1999 torna obrigatória a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos, quando internados em hospitais públicos, contratados em UTI ou outras em que haja contraindicação e dá outras providências.

Há casos de abandono do paciente devido a algum conflito, impossibilidade de suprir as necessidades ou falta de local, é preciso procurar também o Ministério Público para que esses pacientes não fiquem sem ter para onde ir. Quando a família simplesmente abandona, ela pode ser denunciada na justiça, processada criminalmente de 6 meses a 3 anos de prisão, além de multa. A conduta é considerada crime de abandono de incapaz previsto no Código Penal Brasileiro e assim descrita em seu art. 133, *caput*, e cuja pena cominada é aumentada de um terço, se a vítima for idosa (art. 133, III), *in verbis*:

31 A Defensoria Pública de São Paulo conceitua o fenômeno como “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres”. (Agência Brasil, 2014)

Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:

Pena - detenção, de seis meses a três anos.

(...)

§ 3º - As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço:

(...)

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos (Incluído pela Lei nº 10.741, de 2003).

Quando se trata de um morador de rua, devem-se tomar medidas judiciais para que o mesmo tenha um local fixo para ser encaminhado, pois o hospital acaba sendo a única referência de vida. O Estado tem o dever de zelar pelo cumprimento dos direitos das pessoas, conforme reiteradamente se destaca no Estado Democrático de Direito.

Como vimos anteriormente, a legislação que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, é clara no que tange à permissão do direito ao paciente e ao acompanhante.

Se o hospital ou os planos de saúde estiverem descumprindo a legislação referente aos acompanhantes, é válido dirigir-se ao hospital com as normas em mãos, exigindo a garantia desse direito. Se for o hospital do SUS ou conveniado o atendimento é pelo telefone 136 ou procure um advogado, caso não tenha o estado disponibilizará um por meio da Defensoria Pública; este entrará com uma Ação de Obrigação de Fazer e denunciará ao Ministério Público para decisões judiciais ou por meio da ação civil, mandado de segurança.

Em caso que o hospital seja particular, ou se for atendimento por plano de saúde, procure a ouvidoria do hospital e também denuncie para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo número 0800 7019656.

A saúde é um direito fundamental garantido constitucionalmente a todos os cidadãos, cabendo ao poder público, seja na esfera federal, estadual ou municipal, instituir políticas que permitam a consecução desse direito, sendo o Distrito Federal parte legítima para processar e julgar o feito, não havendo necessidade de ser chamado ao polo passivo da demanda a União.

Art. 4º É garantida a participação de usuários e de representantes da sociedade civil no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de ações e serviços de prevenção, vigilância e controle, assim como em ações e serviços de atenção à

saúde. (Lei Nº 5321 DE 06/03/2014)<sup>32</sup>

O direito ao acompanhante possui importância social de autonomia, pois partindo do suposto que o Estado é o gestor de condições de vida de sua população e à saúde, indo para além da doença, envolve questões relativas a melhorias das condições de saúde e à redução das desigualdades.

A PNH destaca a importância, de forma ecológica, do acompanhante e da visita aberta no sentido de promover a atenção integral à pessoa hospitalizada:

Que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção ecológica, um membro da família (da rede social) presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo. (Ministerio da saúde, 2007,p 4.)

Orientações para pacientes e acompanhantes segundo Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006:

1. Tanto os pacientes quanto os familiares devem estar devidamente identificados;
2. Os pertences dos pacientes devem ser recolhidos pela família no momento da internação;
3. O hospital não se responsabiliza por perdas;
4. As visitas e os acompanhantes também podem colaborar para o controle hospitalar, lavando as mãos antes de entrar nos quartos, não fumar, não trazer flores, não colocar pertences no leito do paciente; Em caso de isolamento, as visitas são restritas.
5. Para locomoção é necessário chamar a equipe de enfermagem;
6. Não manipular equipamentos;
7. Não é permitida a entrada de alimentos no hospital;
8. Não há refeições extras.

Segundo o Hospital Samaritano de São Paulo(2015)<sup>33</sup>, é importante lembrar que há algumas condutas dos acompanhantes a serem seguidas:

32 Ver mais em : <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=267740>> acesso 22 fev. 2016

33 Cf. portal do Hospital Samaritano. Disponível em: <<http://www.samaritano.org.br/category-institucional/direito-e-deveres/>>. Acesso em 18 fev. 2016.



- a)** Informar à equipe multidisciplinar, quando perceptível ao acompanhante, as mudanças inesperadas no estado de saúde do paciente que possam interferir no tratamento;
- b)** Se responsável legal, fornecer informações precisas, completas e acuradas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente;
- c)** Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional;
- d)** Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do hospital através do Manual de Orientações aos Pacientes e Acompanhantes;
- e)** Respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviços da instituição;
- f)** Zelar pelos bens e propriedades do hospital, enquanto patrimônio público, colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento do paciente, bem como solicitar a mesma postura de visitantes do paciente;
- g)** Participar do plano de tratamento do paciente e da alta hospitalar;
- h)** Não se ausentar do leito do paciente ou sair da unidade hospitalar sem comunicação prévia à equipe multiprofissional.

## CAPÍTULO 5 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Nesse contexto, é importante lembrar que os assistentes sociais têm sido chamados, juntamente a outras categorias profissionais, a participar ativamente na implementação das ações de humanização no ambiente hospitalar.

A relação entre saúde, enquanto política pública, e Serviço Social, tem em comum a pauta dos direitos sociais como mencionam Paiva et al. (1983, p. 168), *in verbis*:

O campo de atuação privilegiado do Serviço Social circunscreve-se em torno da viabilização de direitos sociais, expressos principalmente nas políticas sociais, programas institucionais e benefícios [...].

Concordamos, portanto, com a afirmativa de Matos (2003, *apud* BRAVO; MATOS, 2006, p. 213) de que “[...] o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.”

O acompanhante hospitalar é um tema de análise e intervenção no âmbito do Serviço Social, pois rompe com as desigualdades sociais e implementa políticas sociais. Atualmente a profissão é regida pela Lei Federal nº 8.662/93, que estabelece suas competências e atribuições. Sendo uma profissão relacionada também à saúde, ela tem forte presença nas discussões voltadas para a defesa dos direitos na saúde. É um serviço utilizado com mais frequência na média e alta complexidade e em serviços burocráticos. A ação dos assistentes sociais, de acordo com Bravo e Matos et. al. (2007, p. 43), seria

formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde, em uma ação articulada com outros profissionais que defendam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde.

O hospital é uma das instituições onde o assistente social, enquanto profissional, pode e deve atuar intervindo nas relações entre paciente e acompanhante, por um lado, entre a equipe de saúde, por outro, orientando os usuários quanto aos seus direitos. Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso, com qualidade, aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar.

O ambiente hospitalar é administrado por normas voltadas ao olhar técnico, médico-hospitalar da saúde, visando aos profissionais da saúde como únicos para a atuação.

O Serviço Social tem a vertente da autonomia dos sujeitos por meio do bem-estar social.

Como o assistente social encontra-se capacitado para a identificação dos determinantes sociais e na apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários, sua contribuição é fundamental para garantir que a pessoa seja vista em sua integralidade, e não apenas como um corpo doente, e na viabilização de estratégias para o enfrentamento destes problemas. Diferente do modelo biomédico, inspirado na visão mecanicista do ser humano, considera que saúde é mera ausência de doença, o indivíduo tem um papel passivo no controle do seu bem-estar, limitando-se a procurar um técnico que imediatamente se responsabiliza pela “cura” dos aspectos biológicos da sua saúde, através da cirurgia ou de fármacos.

O Assistente Social desenvolve um trabalho coletivo que não pode prescindir das articulações, alianças e parcerias com os diversos atores envolvidos. Há que exercitar a capacidade política de agregar parceiros e adesões a uma agenda comum, valendo-se da bagagem profissional. A sua atuação realiza, de modo notável, sua dimensão política, dada a qualificação profissional do assistente social inserida no projeto ético-político da profissão. Na saúde eles têm como objetivo a ampliação das políticas, e visam ao fato de que as políticas deliberadas no conselho nacional de saúde sejam implementadas e públicas.

Segundo o site do Ministério do Trabalho e Emprego, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é um documento que retrata a realidade das profissões do mercado de trabalho brasileiro. O serviço social encontra-se nos grupos de base que prestam serviços de âmbito social a indivíduos, famílias e grupos comunitários, orientando ou realizando ações adequadas à solução dos problemas e dificuldades surgidas em seu campo de atuação.

As funções do serviço social consistem em: analisar as causas de desajustamento social para estabelecer planos de ação capazes de restabelecer a normalidade de comportamento dos indivíduos em relação a seus semelhantes ou ao meio social, estudar o comportamento e as características dos seres humanos, individualmente ou em suas relações com o meio ambiente, ajudá-los a resolver dificuldades decorrentes de problemas psicossociais, planejar e desenvolver atividades individuais ou de grupos, visando à remoção de dificuldades de ordem pessoal ou social, planejar e dirigir programas de serviço social em diferentes áreas profissionais como educação, saúde, trabalho e outros, atuando em estabelecimentos específicos dessas áreas como escolas, hospitais, empresas ou junto a comunidades sociais.

O Assistente Social, na área da saúde, possui o N° da CBO:0-73.15

2. - Prestar serviços de âmbito social a indivíduos ou grupos, em tratamento de saúde, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais, psíquicas e de outra ordem e aplicando os processos básicos de assistência social, para facilitar a recuperação do paciente e promover sua reintegração ao meio social, familiar e de trabalho; desenvolver atividades de educação e vigilância em saúde.

O profissional presta serviço de âmbito social a indivíduos ou grupos em tratamento de saúde física ou mental, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais, psíquicas e de outra ordem. Ele aplica os processos básicos de serviço social para facilitar a recuperação do cliente e promover sua reintegração ao meio social, familiar e de trabalho. Além disso, ele presta serviço de âmbito social a indivíduos ou grupos em tratamento de saúde física ou mental, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais, psíquicas e de outra ordem.

O Serviço Social está à disposição para fortalecer os vínculos, encontrar as famílias, resgatar laços, fazer as devidas orientações e encaminhamentos, para que tais fatores, ou outros, como fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, não atrapalhem nas condições de vida e saúde. O assistente social está presente justamente para compreender as relações sociais, as expressões da questão social e mostrar que o paciente não está abandonado.

O assistente social deve, ainda, estar disponível ao paciente e à sua família, conhecendo suas reais necessidades, assegurando os direitos e benefícios dos mesmos. Conforme o informativo *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde* (CFESS, 2010), concorda-se que o assistente social necessita debater com a equipe de saúde o significado da humanização, com o propósito de evitar compreensões distorcidas, associadas muitas vezes a uma percepção romântica da atuação, baseada na escuta e na redução de tensões.

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social, na área da saúde, segundo os parâmetros para a atuação do assistente social na área da saúde são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;

31. A esse respeito, visando orientar a categoria profissional, o Conjunto CFESS/CRESS aprovou a elaboração de Resolução “definindo que o exercício de terapias não são atribuições do assistente social” (Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS,

2008).45

- construir o perfil sócioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos, esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços tendo, por objetivo, viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica, em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Para tanto é preciso conhecimento ético-político e técnico com embasamento teórico sobre desigualdades e direitos, para melhor interpretar o ambiente que o cerca. Em

relação a isso, é fundamental ter conhecimento sobre múltiplas redes de articulação multidisciplinar para os encaminhamentos em áreas certas.

Com relação ao direito ao acompanhante, este se fundamenta em leis bem estruturadas que garantem o direito. Com essas diretrizes o Serviço Social pode articular e certificar que a obrigação do hospital seja cumprida, quer por visita aos leitos, quer por demanda de equipe. Isso demonstra a humanização, a articulação e o cuidado ao paciente e a sociedade.

É fato que a existência das políticas de proteção não representa garantia de acesso aos serviços ou à informação. Por isso, no atendimento realizado pelo assistente social, deve ser incentivada a participação dos usuários nos conselhos, plenárias e fóruns, espaços onde o controle social se manifesta em direção à efetivação dos direitos. Conforme Silva (2000), a informação e a educação em saúde possibilitam um processo democrático e político, através do qual se procura tornar transparente para os usuários o real significado das políticas sociais, sua lógica na sociedade capitalista, bem como os meios e condições para acessá-las.

As percepções supracitadas partem da consideração de que, no âmbito institucional, os assistentes sociais, por meio do atendimento e das ações educativas, possibilitam o conhecimento dos direitos sociais, a reflexão sobre o processo saúde-doença, além de estímulo ao exercício do controle social. Isso gera a construção coletiva de estratégias que viabilizem a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização. Conforme Vasconcelos (1997), observa-se essa construção coletiva a partir da socialização das informações, tanto nas abordagens individuais quanto nas coletivas. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. (ALCÂNTARA, 2013 p. 157)

[...] é do profissional – pelo lugar que ocupa e pela qualidade de sua inserção nas instituições – a responsabilidade e a atribuição de possibilitar e criar mecanismos, espaços e condições para que os usuários se voltem sobre o seu cotidiano – sempre presente em suas histórias intermináveis, mesmo que de forma fragmentada, desarticulada – na busca de seu desvendamento, conhecimento, percepção, compreensão, interpretação, ou seja, na busca de sua essência.

O conhecimento e a interpretação da realidade devem fazer parte do trabalho do assistente social de modo sistemático. Deve ser feito o uso de pesquisas e do tratamento técnico de dados e informações para subsidiar propostas viáveis, justificadas e fundamentadas e dá visibilidade as questões; o contraponto e a denúncia devem ser feitos de forma competente e fundada. Entretanto, o assistente social deve estar a par do contexto

da comunidade ou do grupo ao qual ele visa colaborar com políticas voltadas á saúde. Nesse caso, deve estar a par da demanda e dos projetos na área da saúde, deve obter dados e estatísticos da população a ser realizada nas políticas. O profissional deve se apropriar de um amplo conhecimento da dinâmica social, a fim de revelar os diversos projetos e interesses em jogo.

A humanização na saúde melhora o cuidado, ouvir e o olhar na saúde com o paciente como ser biológico, psíquico e social. A importância para a humanização se fundamenta no respeito e valorização à pessoa humana e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. A importância da implementação vem dos direitos a serem garantidos para os usuários da saúde. A pesquisa que é apresentada tentou identificar alguns dos processos de humanização.

## CAPÍTULO 6 – TRIANGULAÇÕES DOS DADOS

### 6.1. Metodologia

Como foi apresentado no decorrer da pesquisa, há uma importância expressiva da importância da humanização, neste sentido o trabalho se dedicou a mostrar os dados e resultados quanto a isso.

Foram enviados questionários online fornecido pelo *GoogleDrive* - é um serviço de armazenamento e sincronização de arquivos, apresentado pela *Google*. *Google Drive* abriga agora o *GoogleDocs*, um leque de aplicações de produtividade, que oferece a edição de documentos, folhas de cálculo, apresentações, e muito mais. - com duração média de 3 minutos, enviado para pessoas que estavam devidamente registradas no *Facebook*, de ciclos sociais próximos, por meio de conversas particulares, com intuito de completar e ajudar na pesquisa, até o momento consta 156 questionários respondidos dos 1.600 enviados. Constituem sujeitos da pesquisa pessoas de ambos os sexos, idades e rendas diferenciadas que tiveram experiências de serem acompanhantes visitantes ou internados hospitalares. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que se negarem ou se ausentaram em resposta ao questionário.

A escolha da metodologia deste estudo pautou-se pelo interesse em ampliar o entendimento do conceito de acompanhantes. Por se tratar de tema ainda pouco explorado, a metodologia dessa pesquisa caracteriza-se como exploratória<sup>34</sup>, descritiva<sup>35</sup>, indutiva<sup>36</sup>, bibliográfica<sup>37</sup> e técnica por observação. Segundo Goldman e McDonald (1987), o uso de métodos qualitativos, como grupo focal e entrevistas, é bastante útil em pesquisas sobre

34 Conforme Vergara (2009, p. 42): “Realizada em áreas na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”.

35 Na pesquisa descritiva, realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião (BARROS; LEHFELD, 2007).

36 O método indutivo ou o indutivismo é um método científico que obtém conclusões gerais a partir de premissas individuais. Trata-se do método científico mais usual, que se caracteriza por quatro etapas básicas: a observação e o registo de todos os factos; a análise e a classificação dos factos; a derivação indutiva de uma generalização a partir dos factos; e a contrastação/verificação. <> Acesso em: 22 FEV. 2016

37 A pesquisa bibliográfica é o passo inicial na construção efetiva de um protocolo de investigação, quer dizer, após a escolha de um assunto é necessário fazer uma revisão bibliográfica do tema apontado. Cf. “Conceito de método indutivo – O que é, Definição e Significado”. Disponível em: <<http://conceito.de/metodo-indutivo#ixzz40deENeqm>> Acesso em: 21 de fevereiro de 2016.



temas ainda pouco estudados, sobre o papel do acompanhante.

De acordo com o ponto de vista dos objetivos dessa pesquisa, Souza, Fialho e Otani (2007, p. 38) enfatizam que a pesquisa exploratória “consiste em explorar o tema buscando criar familiaridade em relação a um fato ou fenômeno, geralmente feita através de um levantamento bibliográfico”. No que se refere à pesquisa descritiva, fundamenta-se em detalhar todos os fatos analisados, registrados, observados, classificados e interpretados, sem que haja qualquer tipo de mediação ou influência do pesquisador sobre determinados assuntos (ANDRADE, 2003).

Quanto à natureza, o presente trabalho classifica-se como pesquisa básica. No dizer de Souza, Fialho e Otani (2007, p. 37), a pesquisa básica “objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência em aplicação prevista. Envolve verdades e interesses universais”.

A metodologia, seguindo os propósitos e objetivos dessa pesquisa, utilizando um questionário como instrumento de coleta de dados realizada em duas abordagens: pesquisas e questionários (LAKATOS; MARCONI, 2010; CRESWELL, 2007). Por meio da pesquisa descritiva, a partir de dados quantitativos e pesquisa qualitativa, tendo como ferramentas para análise questionários semiestruturados com perguntas abertas e fechadas, entrevistas diretas, observações livres e análise documental de legislações aplicadas ao tema da pesquisa.

Tendo em vista que um questionário é utilizado como instrumento de pesquisa, faz-se necessário entender o que, de fato, vem a ser um questionário. Segundo Costa & Costa (2001, p. 38),

É um instrumento de coleta de dados aplicado quando se quer atingir um grande número de indivíduos. Pode ser estruturado com perguntas abertas e/ou fechadas. Um questionário não deve ser muito longo para não cansar o respondente e, além disso, não deve favorecer respostas rápidas, muitas vezes sem significado.

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, a pesquisa apresenta um caráter quantitativo. Segundo Souza, Fialho e Otani (2007, p. 39), a pesquisa quantitativa propõe o “emprego da quantificação no processo de coleta de dados quanto na utilização de técnicas estatísticas para o tratamento dos mesmos”. Os métodos quantitativos permitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Eles tratam de probabilidades e associações estatisticamente significantes importantes para se conhecer uma realidade (CODATO e NAKAMA, 2006).

De acordo com Rutter e Abreu (2006, p. 40), “universo é o público-alvo a ser avaliado, é o conjunto de elementos que possuem uma característica em comum”. Compreende um grande número de elementos, sejam pessoas ou coisas. Em qualquer pesquisa, principalmente aquelas em que o número investigado é muito grande ou infinito, torna-se impossível pesquisar todos os elementos do universo, por motivos financeiros, por limite de tempo ou restrição na locomoção para registro dos dados. É necessário então, retirar desse universo (pequeno ou grande) uma amostra representativa para se analisar. Portanto, amostra caracteriza-se como um subconjunto finito do universo (*ibidem*).

Segundo Malhotra (2001, p. 305), a amostragem estratificada é

uma técnica de amostragem probabilística que usa um processo de dois estágios para dividir a população em subpopulações ou estratos. Escolhem-se os elementos de cada estrato por um processo aleatório.

Na maioria dos estudos em saúde, o pesquisador busca aleatoriedade para evitar o erro sistemático ou vício de amostragem que torne inconclusivos os resultados de seu estudo (LEVY, 1980).

Esse conjunto de procedimentos permitirá a triangulação dos dados para possibilitar a compreensão e a interpretação de forma ampla dos dados e a sua articulação perante a realidade hospitalar.

O consolidado final dos resultados deste trabalho, que, conforme o título inicial refere-se às *condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS*, está representado pela figura 2. Para uma visão mais ampliada do objeto de estudo foi indispensável à triangulação dos dados e resultados encontrados a partir dos procedimentos adotados.

**Figura 2 – Composição do consolidado final dos resultados da pesquisa**



## **6.2. Avaliações dos questionários**

Para guiar o tratamento do material coletado nas entrevistas, foi utilizada a análise hermenêutica. Para Minayo (2004), a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre as pessoas, cujo núcleo central é a linguagem. Por meio da interpretação da linguagem, podem-se compreender representações e contextos culturais relacionados à localização histórica e social do emissor da mensagem. Cumpre ressaltar que qualquer interpretação produzida segundo a proposta de hermenêutica se liga inexoravelmente ao viés histórico e social do analista.

Assim, na fase inicial da entrevista, procurou-se obter informações acerca do grupo socioeconômico, idade, nível educacional e formação de cada entrevistado, para que se pudesse contextualizar seu discurso. Exposta por Thompson (1997), a interpretação hermenêutica de dados textuais dá-se por meio de uma série de interações da parte e do todo, valorizando as próprias palavras dos entrevistados. Segundo o autor, este processo interativo envolve dois estágios distintos. O primeiro é um ciclo intratexto, em que um texto é lido em sua totalidade para ganhar sentido de todo. Leituras adicionais são empreendidas para desenvolver uma compreensão dos significados presentes no texto. O segundo movimento é da parte para o todo, intertextual, em que se procuram padrões e diferenças entre as entrevistas. Também há movimentos interativos entre os ciclos intra e intertextuais.

Algumas limitações da metodologia escolhida devem ser apontadas.

Primeiramente, há que se considerar que este é um estudo sobre o comportamento humano, no qual a entrevista busca trazer à tona questões relativas às percepções do acompanhante. A técnica das entrevistas abre a possibilidade de as pessoas buscarem dar respostas que estejam de acordo com normas e convenções sociais estabelecidas, eximindo-se de dar verdadeiramente suas opiniões sobre os assuntos questionados. Desta forma, os resultados dependerão fundamentalmente da sinceridade dos respondentes para expressar suas opiniões. Uma forma de se evitar este viés é motivar os indivíduos a dar as informações mais genuínas sobre suas próprias percepções, ressaltando a importância desta atitude para a legitimidade da pesquisa e pontuando que o estudo não tem a intenção de julgamento de valor das opiniões dos sujeitos pesquisados.

Outra limitação inerente a essa metodologia é que ela não é capaz de contemplar todas as variáveis envolvidas no complexo processo. Segundo Simonson et. al. (2001), as pesquisas no campo do acompanhante podem envolver aspectos frios, ligados à atenção, percepção, aquisição de informação, aprendizado etc.; e aspectos quentes, ligados às emoções. Apesar de reconhecer a importância destes últimos, este estudo está direcionado fundamentalmente à percepção envolvida no processo de busca de informação do acompanhante.

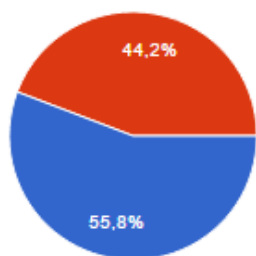
### **6.3 Perfil dos entrevistados**

Os gráficos a seguir apresentam os resultados relacionados à caracterização sociodemográfica dos entrevistados, tais como gênero, faixa etária, escolaridade, procedência, relação com o hospitalizado, renda familiar, tempo que passa com o hospitalizado, a quantidade de vezes que acompanhou e se foi atendido por um profissional do serviço social.

O gráfico 1 abaixo demonstra que, entre os acompanhantes, predomina o gênero feminino com o total de 87 mulheres (55.4%) e 69 homens (43,9%) que responderam o questionário.

Gráfico 1 – Sexo dos Acompanhantes

SEXO



Feminino	87	55.4%
Masculino	69	43.9%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Apesar de o papel da mulher haver se expandido no contexto social durante as últimas décadas, em que ela assume múltiplas jornadas de trabalho, bem como é, dentro de casa, usualmente responsável pelas atividades domésticas, podendo ainda ocupar o cargo de chefe de família, este estudo sugere que o acompanhante de pacientes ainda é representado em sua maioria por uma figura feminina de cuidadora.

Com a chegada dos filhos ou não, os papéis que os homens e as mulheres desempenham na vida como um casal acabam se interligando. Não se tem mais o conceito de que o pai é o responsável pelo sustento da família e a mãe responsável apenas pelas tarefas domésticas e cuidar dos filhos, as mulheres trabalham não somente para obter um complemento de renda familiar, mas também para obterem sua realização profissional. Por consequência disso, vão se extinguindo as qualificações de postos de trabalho que diferenciam homens e mulheres (VIEIRA, 2005 p. ).<sup>38</sup>

Essas mulheres estão ativas, pois a maioria delas pertence à faixa etária de 21 a 30 anos. Numa palavra, são mulheres adultas e jovens, potencialmente com filhos e trabalho, algumas delas com serviços informais e sem direitos legais trabalhistas.

Esses resultados insinuam a seguinte questão ainda presente de forma bastante frequente na sociedade: o fato de que, no cenário em que se insere o núcleo familiar, a responsabilidade sobre o cuidado de si e dos outros, ainda, é basicamente centrado na figura da mulher jovem. O fato de que as mulheres são a maioria dos acompanhantes indica que a visão da sociedade não se modificou. Mesmo com a presença feminina no mercado de trabalho e com o número de mulheres chefes de família, a figura do acompanhante ainda é mormente atribuída ao sexo feminino.

Isso demonstra que, historicamente, por razões variadas, é atribuída à mulher a

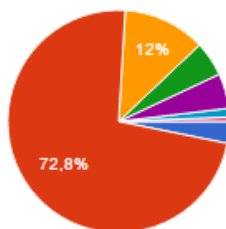
38 VIEIRA, J. A. Women's identity in modernity. DELTA, São Paulo, v. 21, n. spe, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 01 de Novembro de 2015.

responsabilidade por prover cuidado aos membros de sua família, entre os quais se incluem os idosos. A ela, delega-se tal responsabilidade, não se considerando que também incorre no custo, implícito, que o ato de cuidar gera (GOLDANI, 2004 *apud* GUEDES 2013). Ademais, a mulher cuidadora submete-se, muitas vezes, à exclusão quase integral da vida externa ao lar.

Assim como se destaca no gráfico 2, abaixo, a faixa etária entre  $21 \leq 30$ , correspondendo a 72.6% dos entrevistados:

Gráfico 2 – Faixa etária dos acompanhantes

**Faixa etária (anos)**



$\leq 20$	5	3.2%
$21 \leq 30$	115	72.8%
$31 \leq 40$	19	12%
$14 \leq 50$	8	5.1%
$51 \leq 60$	8	5.1%
$\geq 61$	2	1.3%
Outros	1	0.6%

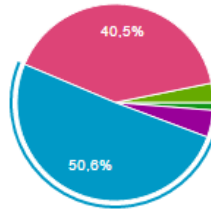
Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Por ser um questionário feito pela internet com pessoas próximas a pesquisadora por *Facebook*, evidencia-se a população jovem como a maior contribuinte ou participativa diante dos questionários.

Quanto à escolaridade, o gráfico 3, a seguir, identifica que, com relação aos acompanhantes dos hospitais, não houve o contato com pessoas que não possuíam a escolaridade mínima do ensino médio incompleto com 1,3%. Outros 4,4% dos entrevistados tinham até o nível de ensino médio completo e 50,6% estavam ou trancaram a faculdade (curso superior), sendo a maior porcentagem dos entrevistados. Em seguida, 40,5% terminaram o ensino superior e apenas 3,2% possuíam outros tipos de escolaridade.

Gráfico 3 – Grau de escolaridade dos acompanhantes

**Escolaridade**



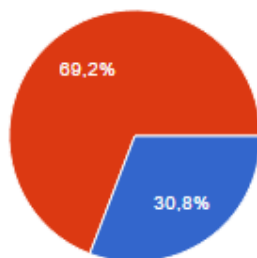
Sem escolaridade	0	0%
Ensino fundamental incompleto	0	0%
Ensino fundamental completo	0	0%
Ensino médio incompleto	2	1.3%
Ensino médio completo	7	4.4%
Ensino superior incompleto	80	50.6%
Ensino superior completo	64	40.5%
Outros	5	3.2%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

O gráfico 4 revela a porcentagem dos acompanhantes que, em sua maioria, eram de hospitais particulares, com 69,2%, e apenas 30.8% eram acompanhantes em hospitais públicos.

Gráfico 4 – Acompanhantes em hospitais públicos ou privados

**Hospital**

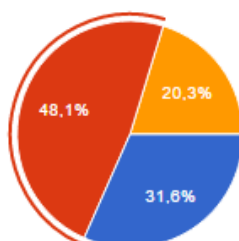


Público	45	30.8%
Particular	101	69.2%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Gráfico 5 – Habitação

**Onde mora**

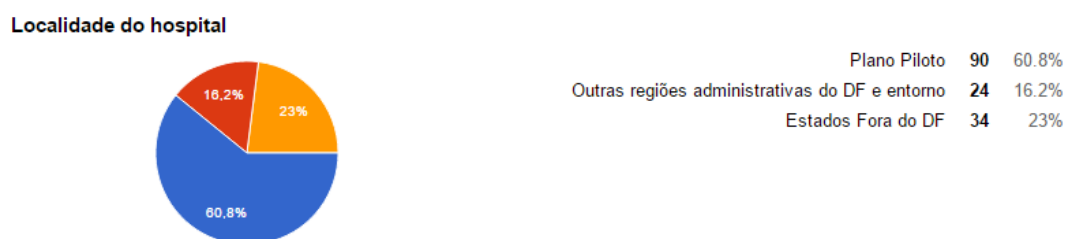


Plano Piloto	50	31.6%
Outras regiões administrativas do DF e entorno	76	48.1%
Estados Fora do DF	32	20.3%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

A maioria dos acompanhantes (75 entrevistados) que responderam aos questionários são de outras regiões administrativas do DF e entorno, com 47,8%. 90 entrevistados foram representados por 60,8%, havendo sido acompanhantes hospitalares no Plano Piloto, como o demonstrado nos gráficos 5 e 6. Por se tratar de uma pesquisa feita em rede social, verificaram-se respostas de outras localidades do Distrito Federal e ou outros estados.

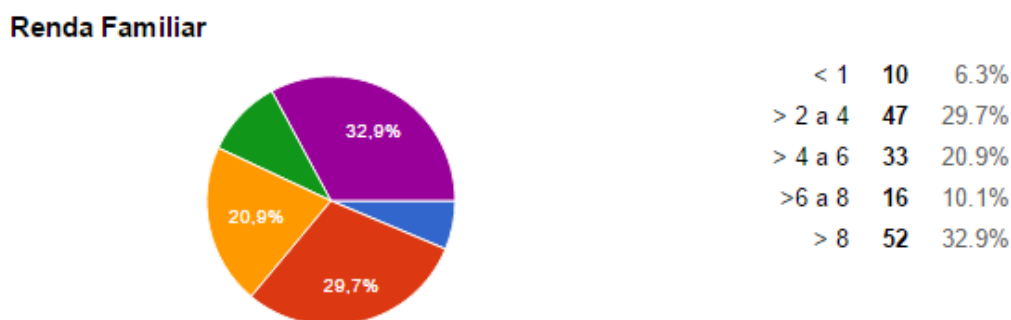
Gráfico 6 – Localidade do hospital



Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

No gráfico 7, abaixo, está a pergunta relativa à renda familiar dos entrevistados. A renda familiar predominante estava concentrada na escala que era maior que > 8 salários mínimos, com 32,9% dos entrevistados. Logo após, temos 29,7% que recebem até 4 salários mínimos.

Gráfico 7 – Renda familiar



Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

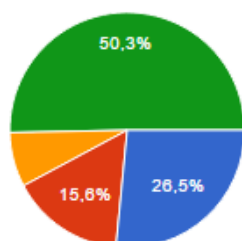
A relação familiar dos pacientes com os acompanhantes está representado pelo



gráfico 8, em que predomina, com 50%, a categoria “outros”, compreendendo a rede social da pessoa internada e a figura do cuidador remunerado mostrando a efetividade do humaniza SUS nos hospitais onde os entrevistados foram acompanhantes.

Gráfico 8 – Relação entre acompanhante e hospitalizado

#### Relação com o Hospitalizado



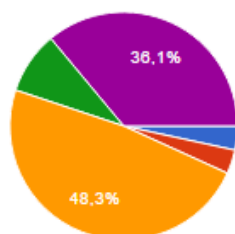
Mãe	39	26.5%
Pai	23	15.6%
Esposo (a)	11	7.5%
Outros	74	50.3%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

O gráfico 9, *infra*, demonstra que a maioria dos acompanhantes foram para a ala dos adultos, com 48,3%, seguido pela dos idosos, com 36,1 %. Com predominância da clínica médica na área hospitalar, com 75,5% dos entrevistados. A Organização Mundial da Saúde projeta um aumento de aproximadamente 400% na demanda por tais cuidados por parte da população idosa residente em países em desenvolvimento. Para o caso brasileiro, (CAMARANO & KANSO, 2010 *apud* GUEDES – 2010) projetam um crescimento da demanda entre 30% e 50%, entre 2010 e 2020, a depender de melhorias alcançadas nas condições promotoras da autonomia dos idosos.

Gráfico 9 – Condições do internado hospitalar

#### Condições do internado hospitalar



Gestante	5	3.4%
Pós gestante	5	3.4%
Adulto	71	48.3%
Criança ou Adolescente	13	8.8%
Idoso (a)	53	36.1%

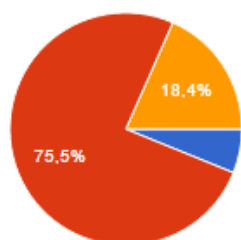
Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

O gráfico 10 demonstra que os acompanhantes, em grande maioria, acompanharam

em áreas clínicas de internação (75,5%) de internação, enquanto que, na emergência, existiram 18,4%. Foram coletados os dados sobre o acompanhamento da maternidade que, foi de apenas de 6.1%. Observa-se esse número porque, no gráfico anterior, pouco foram as gestantes e as pós gestantes acompanhadas.

Gráfico 10 – Área hospitalar

#### Área hospitalar



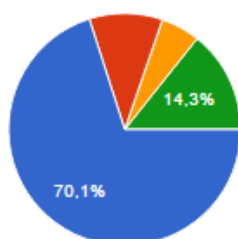
Maternidade	9	6.1%
Clínica de Internação	111	75.5%
Emergência	27	18.4%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Interpretando os gráficos 11 e 12, percebe-se que a maioria dos entrevistados (70,1%) passou entre 1 e 2 horas com o interno, caracterizando-se como visita aberta para reaver o vínculo social. Apenas 29 entrevistados foram identificados como reais acompanhantes. Nisso, observa-se a frequência de visitas e acompanhamentos em que 40.1% fizeram mais de 4 visitas. Eventualmente isso aconteça por mudanças dos acompanhantes ou pelos horários reduzidos que visitavam como consta no gráfico 11.

Gráfico 11 – Tempo, em horas, que o acompanhante passava com o hospitalizado

#### Tempo com o hospitalizado

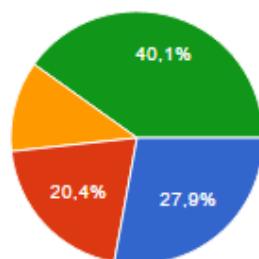


1 a 2	103	70.1%
> 2 a 3	15	10.2%
> 3 a 4	8	5.4%
> 4	21	14.3%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Gráfico 12 – Número de vezes que o acompanhante visitou o hospitalizado

**Números de vezes que acompanhou**



1	41	27.9%
2	30	20.4%
3	17	11.6%
>4	59	40.1%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Durante a permanência dos acompanhantes que responderam o questionário, 13,6% disseram que foram atendidos por profissionais do serviço social, enquanto que 86,4% demonstraram que não. Isso revela que, por serem já acompanhantes, não tiveram dificuldades ou infração dos direitos para serem, de fato, acompanhantes, mas isso não demonstra que durante a permanência do internado ele foi atendido pelo profissional técnico de serviço social.

Mesmo com essa baixa porcentagem, por se tratar, a maioria, dos hospitais particulares, percebe-se o assistente social enquanto um profissional ativo no setor da saúde. Durante a minha permanência no estágio obrigatório, e, por meio de observações exploratórias, vivenciei transgressões quanto a esse direito ao acompanhante e à visita aberta.

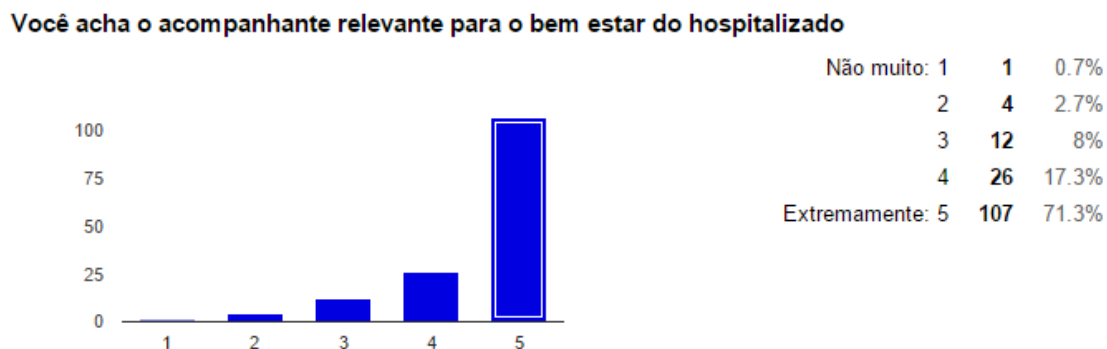
Nessa experiência, a equipe de serviço social notava a comunicação tecnicista dos médicos e enfermeiros com os acompanhantes e cuidadores, em que percebíamos dúvidas no tratamento e diagnóstico. O serviço social proporcionou, ao fim e ao cabo, uma melhor comunicação e inter-relação entre aos técnicos em saúde e entre os acompanhados e acompanhantes.

Em sentido complementar, contudo, é necessário, para os objetivos desta pesquisa, destacar o seguinte: por meio dos profissionais do serviço social, foi possível implementar essa política de humanização e de autocomplementos, já que, no estágio, a ouvidoria do hospital pediu para que os assistentes sociais pedissem aos acompanhantes para que se retirassem do local por falta de espaço.

De forma expressiva, nesse enredo, o serviço social efetivou no hospital, por meio da implementação de sala de descanso, com televisor para os acompanhantes e armários para colocar os pertencem. Nisso também, enquanto estagiária e seguindo as orientações da assistente social, instruíamos os acompanhantes para que retirassem objetos, a exemplo de malas, mochilas e travesseiros e os colocassem em armários com fechaduras para facilitar a transição ao acesso do paciente e procedimentos com o interno.

O gráfico 13, abaixo, apresenta a distribuição da avaliação dos acompanhantes relacionadas com a importância dos acompanhantes para o bem-estar dos hospitalizados, em que 71,3% acham que o acompanhante é extremamente importante para hospitalizado:

Gráfico 13 – Avaliação da relevância do acompanhamento hospitalar



Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Portanto, quando uma pessoa está acompanhada por um familiar ou rede social que conseguiu ter a oportunidade de usufruir de uma internação e é convidado a participar de um questionário sobre satisfação do usuário em relação ao serviço prestado, a tendência é que a resposta seja positiva às questões contidas nos instrumentos de coleta de dados. Isso ocorre, principalmente, porque o seu foco de atenção está direcionado à pessoa hospitalizada e à assistência que ela recebe de uma equipe competente.

Alguns dos motivos pelos quais os acompanhantes passaram a fazer parte do cotidiano hospitalar nas unidades foram o de minimizar os efeitos nocivos da internação e o de não romper o vínculo afetivo com sua rede familiar. Devido aos benefícios inequívocos observados, ocorreu a inserção no cotidiano de unidade de saúde,

acompanhando-se formalmente idosos, deficientes e mulheres no período perinatal.

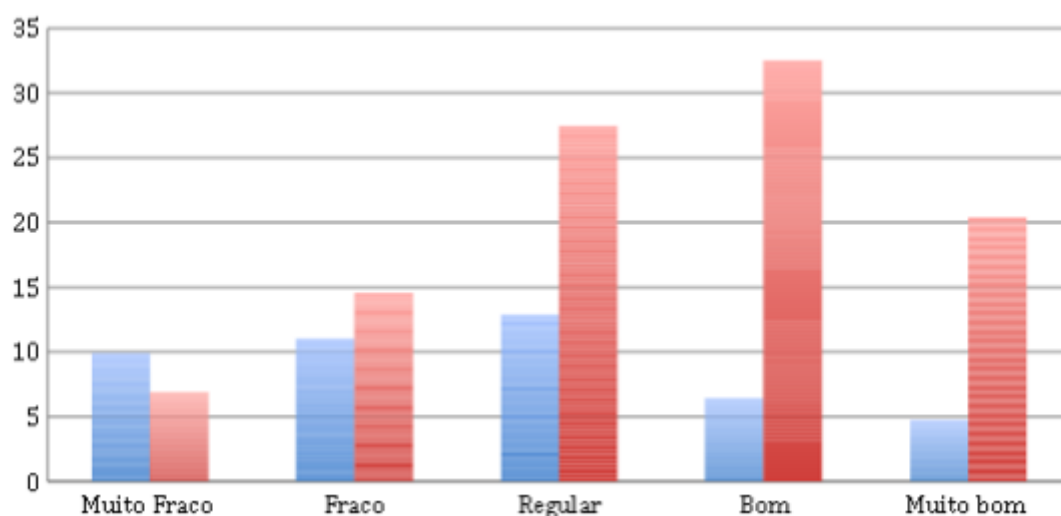
De fato, a necessidade da presença do acompanhante é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o idoso é dependente dos seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar. A presença de um membro da família no hospital é muito importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado em seu papel de cuidador leigo. A atividade de cuidar, realizada com a equipe de enfermagem do hospital, torna-o um cliente e um parceiro da enfermagem (PENA & DIOGO, 2005 p. 2)<sup>39</sup>

A figura 4 apresenta a avaliação dos acompanhantes em relação às instalações e às condições ambientais relacionadas à soma da média dos avaliadores em relação ao item: o conforto da área de espera e/ou lazer; a sinalização fácil de ser entendida; a aparência do hospital; o funcionamento dos equipamentos; o conforto das instalações físicas; a quantidade e qualidade das roupas de cama e de banho; o nível de ruído; a quantidade e qualidade das refeições oferecidas ao acompanhante; a facilidade de comunicação com parentes e amigos.

Os dados do gráfico 14 sugerem que os acompanhantes dos hospitais particulares seguem a tendência classificando as instalações como boas (20,86%) e muito boas (20,44%), enquanto que um número menor avalia como muito fraco (4,41%). Nesse grupo, destacam-se os hospitais públicos, com 4,41% dos entrevistados, em que os dados sugerem que as instalações seguem a classificação como sendo muito fracas. Já os acompanhantes dos hospitais públicos avaliaram como boas (12,88%) e muito boas (6,44%) e apenas 12,88% as consideraram como regular.

39 Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a09.pdf>>. Acesso em 19 fev. 2016.

Gráfico 14 – Avaliação das instalações e condições ambientais dos hospitais, de acordo com os acompanhantes entrevistados (set. – nov. 2015).



Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HumanizaSUS.

Os acompanhantes que participaram do questionário expressam sobre atendimento recebido e a comunicação por parte dos profissionais da equipe de saúde dos hospitais. As opções dos itens avaliados foram: muito fraco, fraco, regular, bom e muito bom. A avaliação das informações contidas nas figuras 4 com a Tabela 1 foi considerada, de forma geral, bastante positiva se se considerarem os resultados qualificados como “boa” e “muito boa”. Embora aconteça essa distinção entre os hospitais públicos e os privados, ambos, segundo essa pesquisa, conseguem ter serviços semelhantes quanto à humanização, em que se evidencia a importância do acompanhante no âmbito hospitalar, porém com pouco acesso à assistência hospitalar.

**Quadro 2 - Avaliação dos acompanhantes sobre a qualidade do atendimento, 2015.**

<b>Qualidade do atendimento</b>			
<b>Dos Funcionários</b>		<b>Dos médicos</b>	
Fraco: 1	9.5%		3.4%
2	10.2%		15%
3	28.6%		25.2%
4	36.1%		37.4%
Muito Bom: 5	15.6%		19%

<b>Da equipe de enfermagem</b>		<b>Dos demais profissionais</b>	
Fraco: 1	3.4%	Fraco: 1	4.9%
2	11%	2	13.2%
3	19.9%	3	31.3%
4	42.5%	4	34.7%
Muito Bom: 5	23.3%	Muito Bom: 5	16%

Fonte: As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política humanizaus.

Esses itens receberam atenção, tomando como fundamento os atendimentos prestados pelos funcionários para com os acompanhantes e internados hospitalares, pelos médicos, pela equipe de enfermagem e pelos demais funcionários da área da saúde inseridos nos hospitais com os quais os acompanhantes estiveram. As avaliações que mais se sobressaíram foram as da equipe médica, com 42,5% de avaliações consideradas “boas”, e a de médicos, com 37,7%, por conseguinte, também consideradas “boas”.

Os dados apresentados indicam que a política de humanização é aplicada em ambos os setores público e privado de saúde podendo recorrer em caso de infração deste direito ao ministério público para sua efetivação.

## CONCLUSÃO

A proposta de Humanização vem fortalecer o SUS, humanizando as atitudes e as relações de trabalho realizadas pelas equipes de saúde. Uma das propostas de humanização é a inserção do acompanhante e do núcleo familiar e relacional do internado no hospital, seja por meio do acompanhante integral, seja por meio de visitas abertas.

Esta pesquisa demonstrou a importância da ampliação de estudos sobre esse tema, com o objetivo de favorecer uma melhor compreensão sobre o universo subjetivo que está subjacente ao desenvolvimento das estratégias e procedimentos realizados no contexto hospitalar. Tem-se, como ênfase, a ampliação e a implementação da presença dos acompanhantes.

Aspecto importante traduz-se em como definir o papel do acompanhante pela instituição, uma vez que esse papel se torna cada vez mais complexo no espaço hospitalar. O fato de a rede social transbordar o núcleo característico da família, amigos e até um cuidador formal pago, faz-se, tudo isso, com que equipe de saúde tenha uma visão equivocada das atividades que o acompanhante deve exercer no cenário da atenção à saúde.

O profissional centrado na figura do assistente social exerce um papel importante na comunicação social, na humanização e no acolhimento do hospitalizado e do acompanhante. O cotidiano hospitalar é extremamente complexo, devendo partir dos gestores e da equipe de saúde, por um lado, a possibilidade de buscarem alternativas e melhorias para o atendimento para com as pessoas hospitalizadas, seus acompanhantes e suas redes sociais. Por outro lado, devem favorecer a constituição de relações saudáveis entre os distintos atores que circulam e compõem esse cenário.

A implementação das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) representa um caminho promissor à ampliação dos horizontes e dos processos inclusivos no campo da saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARKER et al. “*Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: Algumas reflexões metodológicas feitas apartir do caso brasileiro*” in. *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente a AIDS no Brasil* ABIA/Ed.34, 1999. Cap.1, p. 29-90. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=431-DILOPTkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_atb#v=snippet&q=As%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20&f=false](https://books.google.com.br/books?id=431-DILOPTkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_atb#v=snippet&q=As%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20&f=false)> Acesso em:17 fev. 2016

ACURCIO, Francisco de Assis. *Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil*. In: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC. *Capacitação e atualização para o SUS*. 2 ed. Porto Alegre: CIES, outubro de 2009. Disponível em : <<http://inconstantesdavaneios.blogspot.com.br/2010/04/evolucao-historica-das-politicas-de.html>> acesso em 17 fev. 2016.

AGUIAR, Zenaide Neto. *Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011 – pag. 15 -40.

ALCANTARA, LUCIANA DA SILVA, VIEIRA, JOÃO MARCOS WEGUELIN A. *Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013 |.

ARTMANN, E. 2002a. *Démarche Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar) : um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede* . São Paulo, 267f. Tese de Doutorado apresentada a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) para obtenção do grau de doutor em Saúde Pública.

BARROS, E. *Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 5-17, 1996.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. *Humanização na Saúde: Um Novo Modismo?*

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). *Biblioteca virtual* [online]. [Acesso em: janeiro 2000.

Disponível em: <http://>

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 604 p. ISBN 85-89545-01-6

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. Secretaria de Atenção à saúde, Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 32 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN: 978-85-334-1339-9 1. Sistema Único de Saúde. 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. Pesquisa em Saúde: Metodologia Quantitativa ou Qualitativa?, Revista Espaço para a saúde, Londrina, v. 8, p. 34-35, 2006.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. Souza, GUERRERO, André Vinicius

Pires (Orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild – Hucitec, 2010.

COSTA, M. A.; COSTA, M. F. B. Metodologia da Pesquisa: Conceitos e Técnicas. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.

CRESWELL, John. Revisão de Literatura. In: Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed Bookman. 2007.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DIBAI, Márcia Bárbara Souza; CADE, Nágela Valdão. O Acompanhante na Instituição Hospitalar na Perspectiva de Profissionais da Saúde. Serviço Social & Sociedade .Ano XXVII, nº 90, p.121-131, jun. 2007. Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 297-303.

EUZEBIO, Carlos José Vidal; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, jun. 2006, p.63-79.

GUEDES, GP; KERSTENETZKY, CL. Carência de serviços públicos de cuidados aos idosos no Brasil: um inibidor da participação feminina no mercado de trabalho. Trabalho apresentado no 37 Encontro Anual da Anpocs, em 2013. Disponível em . Acesso em 9 dez. 2015.

LEVY, P.; LEMESHOW, S. Sampling for Health Professionals. Belmont: Lifetime Learning Publications, 1980.

LOBATO. L.V.C. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

MALHOTRA, N. Pesquisa em Marketing: Uma Orientação Aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARTINS, M. C. F. Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MATTOS, R.A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R., GALVÃO, J., BESSA, M.S. (orgs.)Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à aids no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo:

Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3) ISBN 978-85-334-1760-1 1. Humanização do atendimento. 2. Formação profissional em saúde. 3. Gestão do trabalho e da educação em saúde. I. Título. II. Série. CDU 614.39:658

NYGREN-KRUG H. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde.Saúde e Direitos Humanos2004; 1(1):13-18.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.) et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Papel da Solidariedade Desempenhado por Familiares Visitantes e Acompanhantes de Adultos e Idosos Hospitalizados. Texto Contexto Enferm,

PROCHNOW AG et al, SANTOS JLG, PRADEBON VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009, mar;30(1):p.11-18.

RANZI, Dinaci Vieira Marques. O Desenvolvimento da Política de Humanização em Nova Alvorada do Sul -MS – Brasil. Rev Vozes dos Vales.05/2013. Acesso < 01/07/2015 <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/O-Desenvolvimento-da-Pol%C3%Adtica-Nacional-de-Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>>.

RIOS Izabel Cristina Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão / Izabel Cristina Rios. -- São Paulo : Áurea Editora, 2009. Bibliografia. 1. Humanização dos serviços de saúde 2. Médico e paciente I. Título

RUTTER, M.; ABREU, S. A. Pesquisa de Mercado. 3ª ed. São Paulo: Ática, 2006.

SAAD, A. Y. Calcium Hydroxide and Apexogenesis. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. v. 66, n. 4, p. 499-501, 1988

SHIOTSU, Célia Hiromi; TAKAHASHI, Regina Toshie. O Acompanhante na Instituição Hospitalar. Rev.Esc.Enf.USP,v.34,n.1,p.99-107, mar.2000.

SILVA, Lucia; BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini. A Sinalização do Enfermeiro entre os Papéis de Familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. Rev Latino-am Enfermagem 2005 mar/abr; 13(2): 180-7.

SIQUEIRA AB, Cordeiro RC, Perracini MR, et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública 2004;38(5):687-94.

SOUZA, A. C.; FIALHO, F. A. P.; OTANI, N. TCC: Métodos e Técnicas. Florianópolis: Editora Visual Books, 2007.

SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. NLM WA 525 CDD - 20.ed. - 36

UZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991

VIANA, Rejane Vieira. A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2004. Disponível em : <<http://docplayer.com.br/9614137-A-humanizacao-no-atendimento-construindo-uma-nova-cultura.html>> Acesso em 17 fev. 2016

VIANNA, M.L.T.W. Notas sobre política social. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 133-159, 1991.

## APÊNDICE

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “As condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar de acordo com a política HUMANIZASUS.”, de responsabilidade de Catarina Raíssa Moura de Farias, aluno(a) de graduação da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é O principal objetivo desta pesquisa é o de analisar as condições e características da visita aberta e o direito ao acompanhante em uma unidade hospitalar, de acordo com política HumanizaSUS. Na visão dos cidadãos e dos usuários, tal política tenta conhecer a atenção destinada aos acompanhantes, assim como verificar como se estabelecem os espaços de visitas nos hospitais vinculados ao SUS e de que forma esse processo poderá refletir no fortalecimento Ético-Politico do assistente social. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de ferramentas para a documentação de dados, análise bibliográfica e a observação intensiva livre, por meio do uso de questionários em que são abordados aspectos referentes ao tema da pesquisa com acompanhantes, visitantes e pessoas que tiveram ou têm experiências práticas com o objeto de pesquisa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa implementação de mudanças estratégicas que auxiliarão na fixação de conhecimento sobre os direitos do paciente quanto ao acompanhamento na responsabilidade social, o que é essencial ao HumanizaSUS.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do e-mail [Catarinamourafarias@gmail.com](mailto:Catarinamourafarias@gmail.com)

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de e-mail e apresentação do trabalho final, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.



# Direito Assegurado : Acompanhantes Hospitalares

Este questionário será usado no Trabalho de Conclusão de Curso da Graduanda em Serviço Social da Universidade de Brasília, Catarina Farias, para levantamento e estreitamento de dados quantitativos e qualitativos. Tem como objetivo conhecer como os acompanhantes hospitalares se percebem na unidade de internação e qual sua percepção sobre o espaço de visitas no hospital e qual a percepção da Instituição de saúde diante os acompanhantes.

**\*Obrigatório**

## **SEXO \***

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

## **Faixa etária (anos) \***

- ☐  $\leq 20$
- ☐  $21 \leq 30$
- ☐  $31 \leq 40$
- ☐  $41 \leq 50$
- ☐  $51 \leq 60$
- ☐  $\geq 61$
- ☐ Outro:

## **Escolaridade \***

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Outros

## **Onde mora \***

- ☐ Plano Piloto
- ☐ Outras regiões administrativas do DF e entorno
- ☐ Estados Fora do DF

**Onde mora \***

- ☐ Plano Piloto
- ☐ Outras regiões administrativas do DF e entorno
- ☐ Estados Fora do DF

**Renda Familiar \***

Salários Mínimos

- ☐ < 1
- ☐ > 2 a 4
- ☐ > 4 a 6
- ☐ >6 a 8
- ☐ > 8

**Você acha o acompanhante relevante para o bem estar do hospitalizado \***

1 2 3 4 5

Não muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente

**Já foi acompanhante hospitalar? \***

- ☐ Sim
- ☐ Não

**Hospital**

**Localidade do hospital**

- ☐ Plano Piloto
- ☐ Outras regiões administrativas do DF e entorno
- ☐ Estados Fora do DF

**Relação com o Hospitalizado**

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Esposo (a)
- ☐ Outros

### Condições do internado hospitalar

- ☐ Gestante
- ☐ Pós gestante
- ☐ Adulto
- ☐ Criança ou Adolescente
- ☐ Idoso (a)

### Área hospitalar

- ☐ Maternidade
- ☐ Clínica de Internação
- ☐ Emergência

### Tempo com o hospitalizado

Semanas

- ☐ 1 a 2
- ☐ > 2 a 3
- ☐ > 3 a 4
- ☐ > 4

### Números de vezes que acompanhou

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ >4

### Durante o acompanhamento teve contato com algum profissional Assistente Social

- ☐ Sim
- ☐ Não

### INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Conforto da área de espera e/ou lazer

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

### Sinalização fácil de ser entendida

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

#### Sinalização fácil de ser entendida

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

#### Aparência do hospital

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

#### Funcionamento dos equipamentos

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

#### Nível de ruído e barulho no ambiente de internação

1 2 3 4 5

Tranquilo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito barulho

#### Conforto nas instalações físicas

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

#### Quantidade e qualidade das refeições oferecidas ou acompanhante

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

### Facilidade de comunicação entre acompanhantes e profissionais da saúde

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

### Quantidade e qualidade das roupas de cama e banho

1 2 3 4 5

Muito Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Excelente

### Qualidade do atendimento

Dos Funcionários

1 2 3 4 5

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

### Dos médicos

1 2 3 4 5

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

### Da equipe de enfermagem

1 2 3 4 5

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

### Dos demais profissionais

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**Caso queira receber os resultados deixe o seu e-mail**

Aqui

Enviar

*Nunca envie senhas pelo Formulários Google.*

---

Powered by  
 **Google Forms**

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.  
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)